

N° D'ORDRE

ANNÉE 1965

52

THESE

PRÉSENTÉE

à la Faculté mixte de Médecine
et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le 3 Mai 1965

POUR OBTENIR

le Grade de Docteur en Médecine

PAR

Monsieur GRUNTHALER Christian
Interne des Hopitaux Psychiatriques
Hopital du Vinatier
né le 11 Février 1934 à LYON

La Psychose Maniaco - Dépressive
Considérations Cliniques
Essai de Bilan Thérapeutique

N° D'ORDRE

ANNÉE 1965

THESE

PRÉSENTÉE

à la Faculté mixte de Médecine
et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le 10 Mai 1965

POUR OBTENIR

le Grade de Docteur en Médecine

PAR

Monsieur GRUNTHALER Christian

Interne des Hopitaux Psychiatriques

Hopital du Vinatier

né le 11 Février 1934 à LYON

La Psychose Maniaco - Dépressive
Considérations Cliniques
Essai de Bilan Thérapeutique



FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE.

Doyens Honoraires :

M. J. LEPINE. Membre de l'Institut.
M. H. HERMANN. Correspondant de l'Institut

Assesseurs : MM. M. LEVRAT
L. REVOL

Doyen : M. J.F. CIER.

Professeurs honoraires

MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN,
GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON.

Professeurs.

MM. CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	- Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale.
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale P.
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B.
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio- phonologie.

MM. THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
CREYSSSEL	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomie pathologique
GIRARD Paul	Pathologie, générale et expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie chirurgicale
GIRARD Marcel	Clinique médicale D
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge.
GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
MONNET	Bactériologie
BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
CHATONNET	Physiologie B
GUINET	Clinique endocrinologique
TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique stomatologique
MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
DUMONT Louis	Histologie et embryologie
PERROT	Chimie
CIER J.F.	Physiologie A
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque
SARROUY Charles	Clinique médicale infantile
X	Clinique des maladies infectieuses
X	Biologie médicale et pharmacodynamie
X	Clinique gynécologique
X	Thérapeutique

Professeurs à titre personnel.

BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
BERTOYE	Bactériologie
MANSUY	Neuro-chirurgie
COLLET	Chimie générale et pharmaceutique
LACROIX	Hygiène et climatologie
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
LECLERC	Neuro-chirurgie

MM. GOINARD	Thérapeutique chirurgicale
CIER André	Pharmacie chimique et pharmacologie
PONT Maurice	Médecine générale
TRAEGER	Médecine générale

Professeurs sans chaire.

MM. ROMAN	Parasitologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique
ODDOUX	Botanique et cryptogamie
De SOLLIERS	Chimie analytique
DESPIERRES	Médecine générale
GARIN	Parasitologie
TOLOT	Médecine du travail

Maitres de conférences-agrégés titulaires

MM. CREYSSEL Roger	Chimie biologique
THIVOLET	Hygiène
PINET	Electro-radiologie
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIN	Physique biologique
TOMMASI	Anatomie pathologique
BUFFARD	Electro-radiologie
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
De MOURGUES F.	Stomatologie
NAUSSAC	Maladies infectieuses
REBOUILLAT	Chirurgie générale
ROMAGNY	Pédiatrie
DELAHAYE	Médecine générale
DELEUZE	Anesthésiologie
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie
FRANCOIS	Pédiatrie et puériculture
MICHOULIER	Chirurgie générale
COLOMB	Dermatologie
LAMBERT	Médecine générale
FRIES	Médecine générale
GILLY	Pédiatrie
ROBERT	Médecine générale
BOUCHET	Anatomie

Digitized by the Internet Archive
in 2026

GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
KALB	Pneumo-phtisiologie
LARBRE	Pédiatrie
SOUSTELLE	Chirurgie générale
VIALA	Médecine générale
VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie
COLIN	Médecine légale

Maitres de conférences-agrégés stagiaires

MM. FAVRE-GILLY	Hématologie
GIROD	Histologie et embryologie
GRAS	Chimie biologique
MALLEIN	Chimie analytique
RIFFAT	Hygiène
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
FLANDROIS	Physiologie
VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie
ROLLET	Pharmacie galénique

Agrégés en exercice.

MM. BONAMOUR	Ophthalmologie
De MOURGUES Georges	Chirurgie générale
DEVIC	Médecine générale
DUMONT Martial	Obstétrique
DURAND	Urologie
FRANCILLON	Chirurgie générale
SAUBIER	Chirurgie générale
SCHOTT	Neuro-psychiatrie
ALLEGRE	Neuro-chirurgie
CHASSARD	Electro-radiologie
FRAYSSE	Orthopédie
GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
GARDE	Médecine générale
HUGONNIER	Ophthalmologie
MARET	Chirurgie générale
MORNEX	Médecine générale
NORMAND	Médecine générale
PERRIN André	Médecine générale

DUMAS	Stomatologie
GARNIER	Obstétrique
NOEL	Médecine générale
SCHNEPP	Orthopédie

Examineurs de la Thèse :

Président : M. Le Professeur DECHAUME.

Assesseurs : MM. Le Professeur GUYOTAT

Le Professeur SCHOTT

Le Professeur COLIN.

A MES PARENTS.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A Monsieur le Professeur DECHAUME

Professeur de Clinique Neuro-psychiatrique et
d'Hygiène Mentale.

Nous avons été externe pendant un an
dans son service, nous avons ensuite eu le pri-
vilège pendant notre Internat d'apprécier la
qualité humaine de son enseignement et l'inté-
rêt qu'il porte à la formation de ses élèves.

Nous le remercions d'avoir accepter la
présidence de notre thèse.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ GUYOTAT.

Nous le remercions de l'aide qu'il apporta à cette étude. Nous espérons pouvoir compter un jour parmi ses élèves.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ SCHOTT

La grande richesse de son enseignement, le sens de l'humain qui se dégage de son approche du malade ont toujours été et demeureront un exemple pour nous.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ COLIN

La largeur de ses vues, l'étendue de ses connaissances sont toujours un enrichissement. Nous le remercions de l'aide qu'il nous apporte dans le difficile domaine de la criminologie.

A Monsieur le Docteur BROUSSOLLE

Il a su nous redonner confiance en notre travail. Interne dans son service il nous a montré que la psychiatrie demande un immense travail, une foi inébranlable en son métier. Nous le remercions de tout ce qu'il a fait pour nous.

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU VINATIER

MONSIEUR LE DOCTEUR ACHAINTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR BALVET
MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUJARD
MONSIEUR LE DOCTEUR BECACHE
MONSIEUR LE DOCTEUR BERTHIER
MONSIEUR LE DOCTEUR REQUET

A NOS MAITRES DE L'EXTERNAT DES HOPITAUX DE LYON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ MOUNIER-KUHN

En témoignage de notre reconnaissance
pour l'aide qu'il nous apporta pendant et
après notre stage dans son service.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ DECHAUME

MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHET

MONSIEUR LE DOCTEUR SOUSTELLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ DELORE
(In memoriam).

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BOURRAT

Nous lui devons notre initiation psy-
chiatrique

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ A. VACHON

Nous lui devons notre carrière médi-
cale grâce à la confiance qu'il nous a
témoignée. Qu'il veuille trouver ici l'ex-
pression de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOREAU

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

Aux infirmiers, infirmières, assistantes sociales et secrétaires de l'hôpital psychiatrique du Vinatier.

INTRODUCTION.

I N T R O D U C T I O N .

Les modalités cliniques des accès maniaques et mélancoliques semblent à première vue les opposer catégoriquement : la l'euphorie, la logorrhée, le rire, le jeu, entraînent dans un courant ininterrompu d'existence effrénée, là l'inhibition motrice et psychique, l'autoaccusation, l'angoisse vous plongent dans un monde figé, inerte, où le temps même semble arrêté.

Cette opposition si tranchée, presque trop parfaite parce qu'obéissant à la loi des extrêmes avait été souvent relevée, lorsque l'analyse de KRAEPLIN transforma ces manifestations autonomes en une "entité clinique précise" la psychose maniaque dépressive.

Décrite depuis l'Antiquité ce n'est qu'au 19^{ème} siècle avec PINEL et ESQUIROL que le rapprochement de ces deux "folies" s'esquissa. Il ne s'agissait encore que de coïncidence, de succession fortuite, de juxtaposition dans le temps de manifestations morbides séparées par des périodes de transition plus ou moins longues, ou parfois, alternant sans rémission.

En 1851 FALRET évoque une unité possible en décrivant la folie circulaire "forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé".

En 1854 BAILLARGER décrit la folie à "double forme", MAGNAN la folie intermittente.

Enfin en 1854 KRAEPLIN établit la synthèse de ces différents travaux et, en analysant ce qu'il étiqueta la psychose maniaque dépressive introduisit dans la nosographie psychiatrique une entité clinique précise.

Ce furent ensuite les travaux de RITTI, les publications de SERIEUX et CAPGRAS, DENIS et CAMUS (1907) qui consolidèrent la conception de KRAEPLIN, l'introduisirent en France ; elle fut acceptée. Cependant certains auteurs refusaient selon la conception de KRAEPLIN d'englober toutes les sortes de manie et de mélancolie, intermittentes, circulaires, alternées, essentielles, sous la même entité. MAGNAN faisait entrer la manie et la mélancolie intermittente dans le cadre des psychoses périodiques reconnaissant une manie et une mélancolie simple. REGIS n'englobait dans cette entité que les formes circulaires décrites par BAILLARGER et FALRET, la manie et la mélancolie intermittente appartenant aux entités anciennes sous le nom de manie et mélancolie.

Les auteurs s'emparèrent alors de cette psychose, de cette "forme mystique de JANUS à deux têtes" (RACAMIER) de cette entité qui s'offrait à eux, précise, analysable, attirante par ses positions extrêmes, ses manifestations si différentes, paradoxales.

Cette psychose gardait le mystère de sa transformation alternée ; il ne suffisait pas de grouper la mélancolie et la manie pour en faire une même affection, il fallait essayer d'en démontrer le mécanisme, élucider le mode de passage d'un état à un autre, le pourquoi de ce revirement, trouver une explication à cette oscillation souvent continue d'un pôle à l'autre à cette alternance des extrêmes ; s'appelaient-ils par mieux se rejeter, la manie renvoyait elle à la mélancolie et inver-

sement, ou découlaient elles l'une de l'autre, la mélancolie introduisant la manie ou vice versa ? N'y avaient ils pas derrière ces extrêmes une unité fondamentale, variable dans ses expressions et définissant "l'homme maniaco-dépressif" ?

Nous voyons que l'entité de psychose maniaco-dépressive s'est ainsi détachée à l'époque des théories mécanistes de la fin du XIXème siècle et du début du XXème. Les maladies mentales étaient alors considérées comme des processus essentiellement mécaniques et devaient être compartimentées, divisées, étiquetées dans une nosographie immobile, figée. Tel symptôme, telle manifestation morbide relevait d'un dysfonctionnement organique, chaque symptôme est considéré comme le produit d'une lésion d'organe et notamment d'une région, d'un centre du cerveau.

Tout en conservant cette notion d'une lésion d'un centre du cerveau, les découvertes biologiques permirent d'élargir le cadre de cette pathogénie.

Les perturbations endocriniennes et métaboliques relevées dans les accès maniaques ou dépressifs sont indéniables, elles ont orienté les recherches vers un déterminisme endocrinien qui reste certainement lié à une perturbation centrale. Qu'il s'agisse de pathologie endocrinienne ou de dérèglement central de l'humeur, le dénominateur commun de ces recherches est l'hypothalamus "lieu géométrique commode de l'intégration des fonctions neurovégétatives, humorales, et de la vie de relation" (TISSOT).

Quittant le cadre d'un déterminisme somatique rigoureux et souvent décevant les études psychopathologiques permirent d'approfondir le problème de cette psychose sans pour cela le résoudre. Notre but n'est pas d'étudier toutes les conceptions émises, nous n'en analyserons que quelques unes.

H. EY reprenant les travaux de JACKSON dans une perspective organo-dynamiste ne tend pas à faire une synthèse des positions extrêmes organicistes et psychiques. Il insiste sur le caractère héréditaire de la psychose maniaco-dépressive la considérant comme une affection qui dépend de "la constitution en conflit avec le milieu (facteurs endogènes et exogènes)". Il base son analyse sur l'étude du niveau de la destruction de la conscience et étudie les rapports des processus organiques qui conditionnent la mélancolie, avec le dynamisme psychologique qui lui donne son sens.

La perspective de H. EY découle des études fondamentales qui permirent la connaissance plus profonde de la manie et de la mélancolie : l'analyse existentielle et la conception psychanalytique.

L'analyse phénoménologique de la mélancolie montre qu'il s'agit d'une "maladie du temps vécu" (MINKOWSKI).

La mélancolie est un arrêt du temps, une inversion de la continuité, une modification de la structure temporelle inverse de celle retrouvée dans la manie -absorbant le passé et l'avenir dans le présent -

La conception psychanalytique nous permet de mieux connaître le "vécu" mélancolique et maniaque, d'en déceler le dynamisme, mais surtout elle nous permet de découvrir l'identité résidant à l'origine des accès, de retrouver une unité, la manie découlant de la mélancolie.

Nous nous proposons dans les chapitres qui vont suivre d'exposer les dernières hypothèses biologiques de la physiopathogénèse de la maniaco-dépressive, de rappeler les grandes lignes de la conception organo-dynamiste de H. EY, enfin d'étudier les analyses phénoménologi-

ques et la conception psychanalytique.

Dans la 2ème partie de notre étude, des observations cliniques nous permettront d'étudier les modifications éventuelles de la durée des périodes de rémissions et des accès en fonction des diverses modalités thérapeutiques.

P R E M I E R E P A R T I E .

CHAPITRE I.

LES HYPOTHESES BIOLOGIQUES DE LA PHYSIOPATHOGENESE

DE LA PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE.

LES HYPOTHESES BIOLOGIQUES DE LA PHYSIOPATHOGENESE
DE LA MANIACO-DEPRESSIVE.

La psychose maniaco-dépressive demeure l'affection psychiatrique suscitant le plus d'intérêt sur le plan de sa physiopathogénèse. Des manifestations si typiques, si tranchées dans leur opposition, s'enchaînant parfois, évoquent un déterminisme organique possible, la perturbation d'un centre ou d'une région du cerveau, d'une activité hormonale ou humorale, d'un métabolisme.

Cependant le rapprochement des données expérimentales et de la clinique est toujours difficile, particulièrement dans le domaine de la psychiatrie.

Cette science ne peut revenir en arrière aux théories mécanistes strictes, ne peut envisager un rapport de causalité étroit entre les "lésions matérielles" et la maladie mentale, son développement ne fut possible que lorsqu'elle échappa au cadre strict de ce déterminisme somatique.

La neurologie possède de nombreux arguments destinés à démontrer la genèse organique des troubles mentaux ; elle intègre des faits précis dans l'explication de certaines affections psychiatriques. Nous

citerons par exemple les tumeurs de la région du 3ème ventricule donnant souvent des syndromes voisins de l'état maniaque (AJURIAGUERRA et HAECAN) les tumeurs frontales traduites par un tableau d'euphorie, d'excitation, de moria. La neurologie intègre également des faits expérimentaux précis, par exemple trouble de l'activité alimentaire, du sommeil par excitation de l'hypothalamus, perturbations retrouvées dans les états maniaques ou dépressifs.

Sans prendre parti dans ce vaste problème nous avons pensé qu'il serait intéressant dans un souci d'objectivité de donner quelques aspects des hypothèses biologiques de la physiopathogénèse de ces syndromes.

L'entité clinique de psychose maniaco-dépressive n'englobe pas toutes les manifestations maniaques ou dépressives, cette restriction est à la source des oppositions soulevées depuis 1899 et l'on retrouve actuellement chez les partisans de la physiopathogénèse la même justification à leur recherche.

L'accès maniaque isolé dans une vie, l'accès mélancolique unique sont de constatation clinique fréquente ; ne traduisent-ils pas la perturbation réversible d'un processus organique ? Les accès de mélancolie ou de manie répétés, sans aucune alternance ne peuvent être l'expression d'une même perturbation psychique ; le déterminisme de la crise, souvent semblable à la précédente, ne repose-t-il pas sur un dysfonctionnement organique toujours identique ? Les mélancolies d'involution, exclue de la psychose pure, les manies tardives, les formes réactionnelles pour lesquelles il est difficile d'évoquer un processus endogène, les formes symptomatiques des tumeurs cérébrales ou diencéphalique, les formes intriquées à un début de processus schizophrénique peuvent elles être considérées comme différents des accès de la

forme cyclique pure ? Tous ces syndromes présentent une analogie si frappante qu'il ne semble pas possible de les dissocier et l'on est poussé à rechercher derrière ces manifestations un processus physiopathogénique leur conférant une unité logique.

Les expériences d'excitation et de destruction électrique de l'hypothalamus provoquent des modifications du comportement émotionnel ; l'hypothalamus postero-latéral semble exercer une influence facilitatrice sur les réactions affectives et émotionnelles ; les expériences de stimulation électrique provoquent à intensité faible, l'éveil d'un animal endormi, et, lorsqu'on augmente l'intensité les phénomènes végétatifs qui accompagnent habituellement les émotions associées à un accès de rage violente (MAGOUN) ; les expériences de destruction diminuent l'intensité des réactions agressives habituelles pour des stimuli appropriés, cette diminution pouvant aller jusqu'à l'apathie. L'hypothalamus postero-latéral semble sous l'effet inhibiteur de certains centres neocorticaux et surtout du rhinencéphale (les lésions étendues de cette région semble être assurée par l'hypothalamus antero-médian, sa destruction provoque des comportements agressifs ou émotifs ; les manipulations neuro chirurgicales d'encéphalique provoquent parfois des accès d'excitation, des crises d'angoisse.

HESS divise l'hypothalamus en deux zones : l'une trophotrope dont la stimulation provoque l'inhibition associée à des signes neurovégétatifs parasympathique, l'autre ergotrope dont la stimulation provoque l'excitation et des signes neurovégétatifs de type sympathique.

Les deux systèmes sont également représentés, mais imbriqués, au niveau du rhinencéphale, ils ont d'autre part des connexions avec le système réticulaire mésencéphalique de MORRUZI et MAGOUN. Certains auteurs pensent pouvoir interpréter les syndromes maniaques ou dépressifs comme une rupture d'équilibre entre ces deux zones hypothalamiques,

l'hypothèse d'une intervention de la substance réticulée dont la stimulation provoque une réaction d'éveil et une lésion une diminution de l'état vigile a également été invoqué.

Il n'est cependant pas possible devant ces constatations expérimentales d'établir un parallélisme entre ces faits et les syndromes observés en clinique.

Les états maniaques sont différents des états d'excitation obtenus expérimentalement, la symptomatologie dépressive est différente de l'inhibition observée, les atteintes de la substance réticulée ascendante ne provoquent pas de mélancolie mais des comas, des états de confusion, la stimulation de la S.R.A. une réaction d'éveil mais non un état maniaque.

Il nous faut également citer une hypothèse récente sur les structures de motivation qui semble se superposer aux zones trophotrope et ergotrope de HESS. A partir de ces structures on obtiendrait une auto-stimulation de l'animal (motivation positive) et un arrêt de la stimulation automatique (motivation négative). Cette hypothèse semble plus rapprocher les faits expérimentaux obtenus du comportement maniaque, autostimulation continuelle, et du comportement dépressif traduisant une perte de toute motivation.

Il n'a pas été possible de décrire jusqu'à maintenant un syndrome biologique des états maniaques ou dépressifs ; les multiples études faites à ce sujet ont tenté successivement de voir dans les perturbations thyroïdienne, hormonale sexuelle, hypophysaire, cortico-surrénalienne, une pathogénie possible. Actuellement les recherches s'orientent dans l'étude de l'axe diencephalohypophysaire rejoignant ainsi les études citées précédemment en tendant à rattacher ces per-

turbations à un dérèglement central.

Les techniques biologiques actuelles intéressant la pathogénèse de la psychose mania-co-dépressive étudient essentiellement le métabolisme des monoamines.

Les émotions, l'activité physique influencent le taux sanguin et l'élimination des métabolites urinaires des catecholamines. Certains auteurs (MALHERBE) ne constatent pas de modifications particulières chez les maniaques ou les dépressifs, d'autres (STROM OLSEN-BERGMAN) constatent qu'après administration d'insuline l'excrétion de l'adrénaline est très augmentée chez les maniaques, très diminuée au contraire chez les mélancoliques.

Etudiant le métabolisme de la serotonine par dosage de son métabolite urinaire le 5 HIAA STROM OLSEN observe une excrétion plus importante en phase maniaque qu'en phase dépressive ; TISSOT et COLLA-TORATEURS retrouvent les mêmes variations dans 4 cas de psychoses mania-co-dépressive.

Ces derniers auteurs reprennent cette étude du 5 HIAA après certains traitements. Ils constatent après électro-choc une diminution de 20% à 50% de l'élimination de 5HIAA suivi d'une reprise plus importante qu'avant l'électro-choc. Après trois semaines de traitement par inhibiteurs de la mono-amino oxydase de malades atteints de dépression, ils constatent également une baisse de l'excrétion de 5HIAA.

Les connaissances encore très partielles de ces substances, ne permettant pas de tirer des conclusions des diverses expérimentations ou constatations, elles semblent cependant ouvrir une voie de recherche intéressante ; nul ne peut en effet affirmer que les perturba-

tions de leurs métabolismes sont la cause des états maniaques ou dépressifs, mais nul ne peut également soutenir qu'elles n'en sont que des épiphénomènes.

CH A P I T R E II.

LA CONCEPTION ORGAÑO-DYNAMISTE DE H.EY.

LA THEORIE ORGANO-DYNAMISTE DE H. EY.

H. EY reprenant les théories de JACKSON entreprend une analyse structurale de la manie et de la mélancolie en l'intégrant dans sa conception organo-dynamiste.

Ne voulant être ni mécaniste ni psychogénéticien il ne pense pas faire une synthèse des deux courants habituels de doctrine mais il les intègre dans une hypothèse psycho-biologique plus vaste.

H. EY admet dans la genèse de ces psychoses un processus organique, pour lui ce processus fondamental agit non pas sur un centre nerveux déterminé, thymique, mais sur les activités psychiques. Il existe une hiérarchie des fonctions psychiques, une intégration de phases de développement "subordonnant des phases primitives et inférieures aux organisations supérieures".

De cette organisation en niveaux successifs naît la hiérarchie des fonctions ; certaines, les fonctions instrumentales, sont liées à la structure du système nerveux, d'autres, les fonctions psychiques énergétiques sont responsables de l'adaptation au réel ; en dehors des variations psychologiques habituelles celles-ci peuvent, sous l'influence d'un processus organique pathogène, régresser vers des niveaux inférieurs. Cette régression provoque une désintégration avec un retour à

un stade inférieur d'intégration des actes de la vie psychique qui correspond à la structure négative de la maladie.

Il se constitue alors un "travail évolutif de la psychose" une réorganisation à un niveau inférieur, génétiquement plus ancien, à travers la dissolution des différentes fonctions et la libération anarchique des "instances sous-jacentes" jusque là disciplinées et réprimées. Ceci correspond à la structure positive de la maladie.

Nous étudierons successivement les caractères négatifs puis positifs de ces deux formes de dissolution de la conscience représentée par la manie et la mélancolie.

1°) La manie.

L'agitation, l'hyperlucidité apparente, la joie sembleraient plutôt conférer à la manie une exagération, un hyperdéveloppement des fonctions d'adaptation ; en fait, derrière cette facilité, cette lucidité, se cache une dissolution profonde de la conscience constituant son aspect négatif essentiel.

Sa facilité d'adaptation, de compréhension est superficielle, le maniaque n'approfondit rien, l'hyperlucidité n'est qu'un mirage, elle masque une altération de la pensée, un déficit de la conscience. Le maniaque ne peut se soumettre à la moindre exigence, au moindre impératif, il ne peut se référer au passé.

"La conscience a normalement une structure temporelle-éthique en tant qu'elle oriente et tempère le sens du courant de son vécu,

le dérèglement maniaque de cette structure, la destructuration temporelle éthique doit s'entendre tout à la fois comme une précipitation tumultueuse hors de la mesure du temps vécu et comme un déchainement de l'activité dévorante des désirs".

Cet aspect négatif de la manie appelle de lui même l'aspect positif qui sera celui d'une réorganisation de son activité psychique. Le jeu sera l'élément essentiel de cette nouvelle existence ; le maniaque joue, il associe les idées, se prend à son jeu, l'abandonne, recommence, il saisit le moindre objet, la moindre idée pour la satisfaction de ses désirs "car être maniaque c'est jouer et jouir".

La logorrhée s'associe à ce comportement ludique, elle traduit la fuite des idées, le maniaque ne cesse de s'exprimer, il transcrit immédiatement sa pensée, ne peut la retenir, et cette incontinence verbale "se soutient à l'aide de récits, d'apostrophes et de monologues", c'est une fiction, une fabulation verbale "qui est sur le plan de l'imaginaire ce qu'est le jeu sur le plan du comportement ..."

Ce jeu, cette fiction s'accompagnent enfin de la libération de la "part subsistante" de toutes les tendances instinctives jusque là réprimées, le maniaque libéré est joyeux, soumis aux caprices de ses pulsions.

2°) La mélancolie.

Dans cette perspective organo-dynamiste nous dégagerons également de l'analyse de H. EY les caractères négatifs et positifs de la mélancolie.

L'observation d'un mélancolique nous montre une inhibition motrice et psychique importante, une pauvreté de l'activité gestuelle et verbale, le malade figé nous apparaît comme concentré, plongé dans une méditation angoissante. Cette "concentration" apparente est en fait l'expression d'une "impuissance" d'une impossibilité de se détacher d'un thème unique, d'adapter son psychisme aux exigences des situations. Cette concentration, cette impossibilité de se "mouvoir et de se déployer" dans un monde pesant, accablant, inerte, est l'expression d'une structure négative de la mélancolie, l'expression du "trouble de l'activité dynamique de la conscience".

Au caractère de déficit dynamique s'associe un trouble de la clarté, de la lucidité de la conscience constituant le deuxième aspect négatif. Le mélancolique centré sur le thème du malheur, ne peut élargir le champ de sa conscience, vivant dans un état de "stupeur et d'obscurcissement" inhibant toute activité ; le déficit peut être imperceptible ou prendre l'aspect d'une véritable "opacification globale de la conscience".

Les symptômes fondamentaux de la mélancolie traduisent la perte d'un espoir, d'une action possible ; le passé est vécu avec remord, l'avenir ne peut être que la répétition de malheurs sans signification, sinon celle d'un châtement mérité, imminent et attendu, réalisé par la mort ; "Le sens de la vie orientée dans tous ses instants, tout au moins dans sa qualité dernière, sa direction en avant est perdu". Le temps est et doit être une perspective de mort ; cette destruction temporelle éthique est le troisième caractère négatif de la mélancolie."

Il nous faut maintenant étudier les caractères positifs de cette "expérience délirante d'anéantissement". Le mélancolique ne de-

neure pas passif devant cette fatalité, elle s'impose à lui selon une nouvelle manière d'exister qu'il doit subir jusqu'à l'extrême limite comme un devoir qui engage ses responsabilités. Il vivra cette existence tragique avec un "parti pris de tout pousser au tragique", torturé par sa conscience morale, il transposera à l'échelle humaine les moindres événements de son existence.

La mélancolie est une impuissance à s'accorder au déroulement temporel de l'existence, une régression, un retour à un stade primitif de développement ; ce retour est considéré comme une nécessité, vécu comme un besoin de retrouver le stade primitif d'apparition de l'angoisse des premiers investissements pour "le peupler de la tragédie de sa mort". Ce retour aux fantasmes de l'angoisse primitive représente le troisième caractère positif de la structure mélancolique.

Nous voyons donc que manie et mélancolie représentent une destruction temporelle éthique de la conscience, une même impuissance à se soumettre à la loi du présent. La destructuration, l'émergence de niveaux "génétiquement" inférieurs, n'entrent pas dans un rapport de causalité étroit avec les événements les réactions émotionnelles, elles dépendent de la structure même de l'homme maniaco-dépressif, de l'organisation de son psychisme depuis l'origine, de son "génotype". Lorsque ainsi les conditions d'apparition de la crise seront réalisées la "situation existentielle" actuelle déclenchera l'accès dans le sens de la manie ou de la mélancolie.

Nous voyons donc que manie ou mélancolie ne sont que l'expression d'un même processus de destructuration temporelle éthique d'une conscience, qui s'orientera ensuite vers des pôles opposés sous l'influence de la situation existentielle ainsi créée et "de l'histoire présente et passée du malade".

CHAPITRE III.

LES ETUDES PHENOMENOLOGIQUES DE LA MANIE

ET DE LA MELANCOLIE.

La caractéristique essentielle de l'analyse phénoménologique réside dans le fait que la manie et la mélancolie ne sont pas étudiées comme des phénomènes dont on voudrait approfondir les détails par une description poussée à l'extrême. Cette étude tend à considérer l'affection mentale "comme un événement d'une vie particulière, ou si l'on veut d'un "être dans le monde particulier" (MINKOWSKI). Cette analyse n'entreprend pas une étude généralisée de la maladie mentale, elle situe chaque cas particulier dans sa nouvelle "manière d'être au monde", elle le considère comme un événement d'une vie particulière - d'une existence qui ne peut être existence que par sa situation dans le monde -

Nous avons voulu à travers l'analyse de MINKOWSKI "le temps vécu" et de BINSWANGER "la fuite des idées" étudier quelques aspects de la mélancolie et de la manie.

ETUDES PHENOMENOLOGIQUES DE LA MANIE

- BINSWANGER "LA FUITE DES IDEES". -

BINSWANGER dans son étude "La fuite des idées" (Ideenflucht) entreprend cette analyse existentielle du monde maniaque. Il situe le maniaque par rapport au monde, met en évidence "une certaine manière d'être au monde, dont la structure existentielle correspond à cette forme d'existence qu' HEEBERLIN a appelé "la vie esthétique" qui doit être prise ici comme une structure globale de l'être".

Dans son analyse BINSWANGER considère que le bond et le saut constituent des modalités fondamentales de l'être au monde maniaque. L'interprétation de la temporalité immanente du maniaque est le saut. Cependant ce caractère bondissant de la pensée n'est qu'un aspect d'une structure plus profonde situant le maniaque devant le monde. Il étudie alors cette structure et lui confie huit caractères essentiels. Nous reprendrons cette description en essayant chaque fois de dégager du texte quelques passages se rapportant au caractère étudié.

1°) Caractéristiques spatiales de l'être dans le monde : grandeur des perspectives, plénitude de l'espace.

"Il s'agit d'une volubilité fluide de la structure générale

de l'être qui tient pour ainsi dire, tout l'espace dans sa main"

"Le monde trop petit pour l'expression de l'être, rapproche les distances, le filet de la réalité à de plus grandes mailles, est plus souple que chez le sujet normal".

2°) Caractère de la temporalité de l'être dans le monde : absorption du passé et de l'avenir dans le présent, sans possibilité de s'arrêter au moment, précipitation, tourbillon, répétition, incessant retour au passé.

"Comme l'a bien vu HEIDEIGER l'impatience, la curiosité, cette dispersion et cette trépidation dans le temps, constituent l'impossibilité de s'arrêter au moment. La forme de cette agitation est d'après HEIDEIGER le tourbillon, c'est-à-dire cette forme de mouvement qui trouve en lui même sa propre propulsion. C'est en ce sens qu'emportée dans un présent toujours renouvelé, l'existence devient comme étrangère au passé et au futur. On peut dire que la temporalité a perdu son relief, s'est nivelée ; le malade glisse dans le temps, et quand il nous a parlé du plus beau moment de son existence, c'est moins pour se référer à la structure de ce moment qu'à sa qualité d'instant fugitif".

3°) Structure de la consistance de l'être dans le monde : volatilité, légèreté, plasticité, élasticité.

"La possibilité de transformation et de métamorphose, la fusion et la fluidité des perspectives du monde de l'optimisme peuvent se désigner d'un seul mot : sa volatilité. Volatilité sans poids, sans résistance qui permet de glisser, de nager, de voler dans un ni-

lieu transparent, aisé et élastique".

4°) Structure de l'éclairage de l'Etre dans le monde : luminosité, clarté.

"Ce monde optimiste ne connaît aucune difficulté, tout est facile, tout va de soi, la réalité n'est plus dure, mais devient un véritable lit de roses. Le vraisemblable et le réel se confondent dans le mieux, le monde temporo-spatial est sans limites, d'un horizon infini et éternel. Ce monde est le contraire de l'étroit, il est spacieux et brillant".

5°) Structure des coloris de l'Etre dans le monde : roséité, vivacité des coloris.

"L'optimisme est style de pensée et un mode d'existence qui, chez le malade, lui permet de prendre toutes les choses du bon côté, sans l'angle de la facilité. Il s'agit d'une forme d'optimisme lié à la "stimmung" du "DASEIN" qui lui confère ses qualités de coloris, de légèreté, de roséité".

6°) Structure de la tonalité thymique : joie et festivité du Dasein, danse, optimisme.

"L'ensemble de la structure maniaque comporte tout à la fois, la victoire et le triomphe, et la danse constitue un aspect essentiel de cette festivité".

7°) Structure de la projection dans le monde :

"dilution dans les contacts avec les autres et notamment par les expressions verbales qui constituent une sorte de jeu ou d'expectoration, plutôt qu'une conversation".

"Le jeu a pénétré toute la structure humaine du maniaque ; il est devenu jeu et c'est en quoi précisément les manifestations sont plus fortes que ses réflexions et ses pensées. C'est pourquoi aussi il se lie avec les autres, présents ou absents, dans et par des conversations".

8°) Structure de la personne de l'Etre dans le monde par le rattachement de la structure de la temporalité et par suite de l'inconsistance de soi-même en tant que forme suprême et constante du moi, apparaît une forme d'exister dans le tourbillon et le chancellement de cette existence des formes fondamentales de liaison du moi et d'autrui.

ETUDE PHENOMENOLOGIQUE DE LA MELANCOLIE.

- MINKOWSKI "LE TEMPS VECU". -

Dans son étude phénoménologique de la mélancolie, MINKOWSKI considère qu'il s'agit essentiellement d'une maladie du temps vécu. Le malade est décalé par rapport au temps, il vit chaque moment de son existence en éléments isolés, dissociés du passé et de l'avenir : la pensée habituellement orientée vers l'avenir intègre les faits du présent dans une perspective d'avenir ; cette notion a disparu chez le mélancolique, l'avenir n'a plus de signification, le temps arrêté le confirme dans un présent sans cesse répété dont il ne peut se dégager, "aucune action, aucun désir ne se dessinent qui, en émanant du présent, s'en iraient vers l'avenir par dessus la succession des journées grises et semblables".

Aucune notion de continuité n'enchaîne ses pensées, l'existence, sans cesse recommencée, ne se situe plus dans une trajectoire riche des expériences passées, orientée vers l'avenir "On dirait que l'être humain a perdu entièrement la notion d'une progression nécessaire".

L'importance du temps présent, isolé du contexte de la vie barre l'avenir. Ce présent dominé par la perspective d'une catastrophe imminente, d'un châtimement, est peuplé de préoccupations monotones sans rapport avec les événements de la vie ; toute la pensée du mélancolique

reste figée sur cet évènement inévitable, sans cesse répété, empêchant toute préoccupation autre, toute résonnance entre lui et le monde des personnes et des objets.

Il existe un décalage du mélancolique par rapport "au devenir ambiant", décalage qui se situe non seulement par rapport à la marche en avant du temps mais par rapport au vécu de ce temps. Le mélancolique semble en effet marcher négativement par rapport au temps, et ce temps lui même semble le fuir, se dérouler plus rapidement pour lui que pour les autres, d'où la perte de cette notion du "synchronisme vécu" entre son activité et le devenir ambiant ; le mélancolique ne progresse plus dans un temps qui le fuit, le devenir n'existe plus, le temps a perdu toute sa valeur, sa signification. Le mélancolique ne participe plus "en contemporain aux évènements ambiants", désolidarisé de la progression des évènements, sa trajectoire rompue l'isole, il perd la signification du temps qui lui semble vide et dont le déroulement n'a plus aucune valeur.

Les actes journaliers, les journées qui forment notre existence restent les plus souvent identiques mais elles gardent leur valeur et constituent notre "perspective dans le temps". Le mélancolique a perdu cette perspective, les journées se succèdent mais sans progression, chacune représente un "recommencement", identique à la précédente, elle ne prend plus cette valeur de "journée nouvelle" dont nous les investissons habituellement par la trajectoire dynamique de notre existence.

"Le mélancolique vit dans l'instantanéité de tomber à chaque nouvel instant du ciel, d'avoir le vide devant lui dans l'avenir immédiat, de faire pour la dernière fois chaque action qu'il accomplit".

Nos souvenirs habituellement ne sont pas un simple rappel du passé, mais aussi "le rappel d'un fait qui appartient à un passé dont

est sorti" ce "présent". Il en est de même pour nos projets qui ne sont pas une simple projection dans l'avenir mais "avant tout une création de cet avenir qui jaillira à nouveau, de ce présent".

Le mélancolique a perdu cette "fonction dynamique d'intégration". Les souvenirs ne s'intègrent plus pour lui dans cette perspective dynamique, mais s'imposent "usurpent les caractères du présent", se chargent de tous les regrets passés avec un sentiment de fatalité et trop tard irréparable.

Il en est de même pour la notion de projets chez le mélancolique ; dans la vie normale "la prévision du résultat à obtenir non seulement ne paralyse pas nos projets, mais font un avec eux" ; chez le mélancolique les souvenirs dominent le présent, il n'y a pas de perspective possible de l'avenir il y a "devancement et arrêt de l'acte projeté par l'image intellectuelle de l'acte".

Nous voyons donc que ce "vécu" mélancolique se situe essentiellement par rapport au temps ; impossibilité de communiquer avec le présent, de s'inscrire dans une trajectoire dynamique, retour vers le passé, anticipation de la catastrophe imminente, les idées délirantes représenteront des tentatives de réinsertion dans le temps, des tentatives de canalisation des contenus de la conscience.

L'homme maniaco-dépressif oscillera entre ces deux tendances que nous venons d'étudier "Ici Dieu, là Diable, ici bon, là méchant, ici blanc, là noir ... il est toujours situé en des termes extrêmes contradictoires".

La notion de trouble de l'humeur nous paraît là encore, au terme de ces analyses, trop superficielle pour expliquer cette antinomie. Les études psychanalytiques que nous allons aborder maintenant nous permettront d'approfondir notre connaissance de ce moi mélancolique et maniaque.

CHAPITRE IV.

CONCEPTIONS PSYCHANALYTIQUES DE LA MELANCOLIE

ET DE LA MANIE.

CONCEPTIONS PSYCHANALYTIQUES DE LA MELANCOLIE
ET DE LA MANIE.

Les études psychanalytiques nous permettent d'emblée de rechercher derrière les manifestations mélancoliques ou maniaques une identité, un point commun. La manie n'est pas l'expression d'une euphorie, d'une gaieté fondamentale, derrière elle se cache l'angoisse ; au point de départ des accès, les analyses psychanalytiques nous permettent de la déceler, c'est ainsi que ces études ont conduit "à comprendre la manie et plus généralement l'euphorie morbide, comme une élaboration de la mélancolie, et plus généralement de l'angoisse dépressive".

Les études psychanalytiques de la mélancolie débiteront vers 1914 avec ABRAHAM et FREUD.

ABRAHAM le premier introduisit dans la mélancolie la notion de perte de l'objet et étudia les mécanismes qu'elle entraîne : frustration, agressivité, culpabilité.

FREUD étudia la mélancolie en prenant comme point de départ le deuil. Il considère la mélancolie essentiellement comme une régression vers des stades inférieurs de l'organisation et du développement du psychisme, régression en rapport avec la perte d'un objet aimé.

Cette perte peut être soit réelle, comme dans le deuil, soit fantasmatique mais "le mélancolique s'il sait qu'il a perdu un objet est inconscient de ce qu'il a perdu". Toute la libido investie sur cet objet ne peut pas se transférer sur un nouveau substitut objectal. Cette perte de l'objet aimé entraîne une frustration intense qui déclenchera le mécanisme agressivité-culpabilité.

Les mécanismes d'investissement de la libido de la "personnalité de base" du mélancolique se font essentiellement sur un mode narcissique. L'objet aimé sera choisi semblable à soi, il sera aimé dans l'unique besoin d'être aimé, il sera une source de satisfaction et de sécurité. Ce mode d'investissement représente une source de fragilité. Cet objet ne pourra en effet être gardé exclusivement, ne pourra pas apporter que des satisfactions, il décevra, échappera, frustrera.

Dans le deuil il y a une perte de l'objet aimé. Cette perte de l'objet aimé, jusque là investi de toutes les qualités, satisfaisant l'investissement narcissique déclenche la réaction d'agressivité par la frustration qu'elle entraîne ; agressivité contre l'objet qui l'a abandonné, sur lequel la libido ne peut plus se fixer, ce bon objet devient mauvais objet, mais parce que frustrant, il sera raillé, déprécié. Cependant investi sur le mode narcissique "il devient mauvais sans cesser d'être tout puissant, aussi faut il qu'il soit haï sans cesser d'être jalousement gardé".

FREUD introduit alors la notion d'introjection. Le conflit né de l'ambivalence de l'objet aimé et haï est transporté à l'intérieur du moi, "la libido libérée se retire dans le moi et n'est pas dirigée

vers un autre objet", "la libido permet une identification du moi à l'objet abandonné".

L'objet est incorporé parce qu'il est aimé "mais la haine qu'il suscite par son abandon retombe naturellement sur le sujet lui-même" ainsi "la perte de l'objet aboutit à une perte dans le Moi, et la personne aimée se transforme en un clivage entre les facultés critiques du Moi et le Moi altéré par l'identification". Cet objet d'amour incorporé, choisi sur le mode narcissique, identifié maintenant au Moi dans un dernier essai de conservation, deviendra son idéal, mais la haine qu'il avait suscité par son abandon, les reproches qui lui avaient été faits seront dirigés maintenant contre le Moi lui-même.

Une fois cette introjection réalisée le Surmoi, sur un mode sadique attaque le Moi modifié par cette introjection ; l'objet introjecté s'associe au Surmoi et le conflit se situe alors entre le Moi et le Surmoi investi de toutes les tendances agressives du mélancoliques. "Le bon objet est devenu un mauvais objet puisqu'il se confond avec un Surmoi sadique et ce n'est plus un bon objet que le Moi s'incorpore mais un mauvais objet ; ainsi le Moi devient littéralement le mauvais objet, traité par le Surmoi comme il aurait voulu traité l'objet frustrant (ABRAHAM - S. RADO - M. KLEIN - H. DEUTSCH - GERO - JACOBSON - NACHT - LAGACHE).

Le passage de la mélancolie à la manie réalise un retournement de la situation dynamique et économique. Dans la mélancolie le Moi, sans défense, subit les attaques du Surmoi ; dans la manie le Surmoi a fusionné avec le Moi, libéré de cette contrainte "il a mis fin

à ses conflits avec l'ombre de l'objet perdu et le voila maintenant qui fête l'évènement (FENICHEL)" . "Au demeurant toujours aussi oralement avide, mais alors que mélancolique, il se dévorait anèremment, maniaque il engouffre glorieusement, de l'enterrement il passe au festin ... Mais cette orgie, source de terribles remords porte en soi le germe de la mélancolie future. Ainsi se boucle un circuit dont on comprend qu'il ne connaisse pas de cesse" (RACAMIER).

C'est ainsi qu'à la suite de ces études manie et mélancolie ne sont pas considérés comme des manifestations de processus différent, une unité les lie; l'angoisse et l'on peut "considérer que la mélancolie est le seul produit primaire de la psychose maniaco-dépressive et que la manie lui est toujours secondaire" (RACAMIER).

Le dénominateur commun de l'angoisse regroupe les différentes manifestations cliniques morcellées par l'entité de psychose maniaco-dépressive. Derrière leur symptomatologie si différentes manie et mélancolie ne sont que l'expression d'un même désarroi, d'une même angoisse, les études psychanalytiques nous permettent de retrouver une unité clinique.

DEUXIEME PARTIE.

CHAPITRE I.

PRESENTATION DE NOTRE MATERIEL CLINIQUE

ET DE NOTRE ETUDE.

Ayant pour but d'étudier les modifications éventuelles de la durée des accès de manie, de mélancolie et des périodes de rémission depuis l'apparition des médications neuroleptiques et antidépressives nous avons divisé notre travail en deux parties.

Dans la première nous avons exposé sous forme de tableau les observations les plus caractéristiques ; certaines concernent des accès de manie et de mélancolie alternés, d'autres des accès maniaques ou des accès dépressifs intermittents ; nous avons choisi des observations anciennes de malades suivis depuis longtemps ; certaines, privilégiées, nous permettent de suivre l'évolution des accès avant les traitements modernes, d'autres ne se situent qu'avant ou après ces traitements.

De ce premier groupe, réduit, nous dégageons pour chaque cas la moyenne des accès et des rémissions avant et après traitement neuroleptique ou antidépresseur, puis nous donnons des moyennes globales déduites de ces 15 cas .

Dans la deuxième partie de notre étude nous avons recensé 250 accès maniaques et 250 accès dépressifs.

Nous avons voulu alors étudier les modifications éventuelles de la durée des accès en fonction de différentes thérapeutiques,

c'est ainsi que nous avons divisé nos cas en plusieurs catégories.

A) LES ACCES DEPRESSIFS.

- 1) Malades présentant des accès dépressifs traités uniquement par sismothérapie.
- 2) Malades présentant des accès dépressifs traités par l'association de sismothérapie et de médication antidépressive.
- 3) Malades présentant des accès dépressifs traités uniquement par médication antidépressive.

Pour chaque subdivision nous avons établi une moyenne globale des durées. Nous en dégageons alors des conclusions.

Pour les accès maniaques nous avons également subdivisé nos cas.

B) LES ACCES MANIAQUES.

- 1) Malades présentant des accès maniaques traités par sismothérapie.

- 2) Malades présentant des accès maniaques traités par l'association de sismothérapie et de chiniothérapie.
- 3) Malades présentant des accès maniaques traités par chiniothérapie uniquement.

Nous avons pour chaque groupe établi une moyenne globale des durées dont nous dégageons également des conclusions.

Dans la première partie de notre travail nous n'avons pas voulu exposer nos observations dans le détail, nous pensions tout d'abord faire une énumération des différentes rechutes, mais cette lecture nous semblait fastidieuse et si elle gagnait en objectivité elle semblait perdre de sa clarté, aussi nous avons établi des tableaux résumés pour chacune de nos malades, les détails de la maladie, le mode de début, l'intensité de la crise n'y figurent pas mais ce n'est pas là le but de notre étude.

Chaque tableau se divise en deux grandes colonnes. La colonne de gauche étudie les séjours hospitaliers motivés par la maladie, celle de droite les rémissions ; nous devons signaler cependant que certaines de nos malades séjournent pratiquement à vie dans l'hôpital. Ces séjours prolongés sont motivés soit par l'alternance incessante des crises, soit par une désocialisation à laquelle la maladie les a progressivement conduites : rupture d'un ménage, perte progressive des biens, abandon des enfants, vie sociale et travail impossible. Ces mala-

des ont perdu le contact avec la vie extra-hospitalière ; ils vieillissent à l'hôpital.

Dans cette colonne étudiant les séjours hospitaliers, ou, comme nous venons de le voir la durée des accès, nous avons établi 4 subdivisions :

La première nous indique l'année ; la date du haut est celle du début de la maladie, ou tout au moins celle où la malade a été vue pour la première fois, la possibilité de nombreux accès antérieurs inconnus restant souvent possible. Les dates suivantes situent les accès et permettent de se rendre compte de l'âge lors des différents séjours.

Dans la deuxième colonne nous avons inscrit les diagnostics faits lors des rechutes soit manie ou dépression. Il ne nous a souvent pas été possible d'établir avec certitude la nature exacte des rechutes.

L'intensité très variable des crises de manie, allant de l'hypomanie jugulée par les traitements à la grande crise d'agitation résistant à toute thérapeutique n'est pas analysée, seul le diagnostic d'ensemble est porté soit "manie". Il en est de même pour les rechutes dépressives.

Nous avons dans les observations récentes, plus riches en détail descriptif et sémiologique retrouvé les phases mélancoliques caractéristiques de la psychose maniaco-dépressive, mais le plus souvent nous nous sommes trouvés devant un tableau de ralentissement nodé-ré, d'apathie, d'indifférence, d'asthénie où la composante somatique prédominait sur la composante psychique et ne permettait pas de porter

le diagnostic de mélancolie.

Certaines de nos observations ont traité des malades présentant un tableau complet plus ou moins accentué de la symptomatologie mélancolique, enfin un autre groupe ne pu être analysé par manque de renseignements.

Devant cette diversité et ne désirant pas introduire une notion de diagnostic différentiel des divers états dépressifs, ni étudier leur intensité nous avons porté dans cette colonne le diagnostic de "Dépression".

La troisième subdivision de notre colonne de gauche comprend les traitements administrés aux malades.

Nous avons essayé de reporter fidèlement les différentes médiations et les associations créées souvent au fur et à mesure de leur apparition. Il s'agit parfois de phenothiazines ou de butyrophénones non commercialisés, inscrites sous forme de numéro.

Nous nous sommes attachés à l'étude uniquement qualitative, nous n'avons pas inscrit les posologies très variables d'un accès à l'autre ou même à l'intérieur de chaque accès ; les quantités de médicaments utilisés témoignent d'une telle diversité qu'il ne nous a pas été possible d'en étudier les raisons dans ce travail.

Enfin notre quatrième subdivision, la plus intéressante pour notre étude nous donne la durée des accès de manie ou de dépression. Il

nous a fallu trouver les extrêmes de ces accès et là encore nous avons du prendre pour l'ensemble de nos observations les mêmes normes.

Pour nos malades hospitalisés à chaque rechute nous avons situé le début de l'accès au jour de l'hospitalisation.

Il est bien évident que ceci ne traduit pas le début de la crise, l'hypomanie progressivement croissante est tolérable hors de l'hôpital psychiatrique ou dans un service d'hôpital général jusqu'à un seuil où le placement devient nécessaire ; la dépression, moins perturbante pour la société n'est pour les familles une raison d'hospitalisation que bien après son début souvent insidieux.

Le problème est différent pour les malades hospitalisés depuis longtemps, rechutant soit après une période de rémission, ou par inversion brusque de l'humeur. Les observations, les cahiers de rapport ou de traitement permettent de situer plus exactement le point de départ.

La fin des accès nous a semblé soumise à moins d'inexactitudes ; nous avons considéré la sortie de l'hôpital psychiatrique comme critère de rémission pour les malades sortant régulièrement après leur accès ; pour les autres les documents des services nous ont permis de situer la fin de l'accès.

Nous dirons cependant que nous avons observé des rémissions complètes de 2 ou 3 jours sans sortie de l'hôpital et qui pouvaient être considérés trompeusement comme réelles, nous ne les avons pas considérées comme des rémissions, nous pensons qu'il s'agit des mêmes accès

computés par les traitements et qu'ils ne doivent pas être dissociés des précédents.

Enfin nous signalons que ces chiffres sont donnés avec une approximation de trois jours.

Notre colonne de droite étudie les rémissions. Nous l'avons séparée en deux subdivisions :

La première étudie la durée des périodes de rémission.

Nous retrouvons là encore nos deux catégories de malades. Pour les malades hospitalisés à l'hôpital psychiatrique uniquement pour leur accès, nous avons considéré comme rémission la période comprise entre deux hospitalisations ; il est bien évident qu'il faut tenir compte ici du rôle joué par les consultations ; nous l'étudierons plus loin, mais cependant nous dirons que de nombreuses rechutes sont évitées par ces visites qui permettent en fonction de l'exaltation de l'humeur, l'ajustement d'un traitement palliant à l'éclosion d'un nouvel accès ou le jugulant à ses débuts.

Les malades hospitalisés depuis longtemps ne nous ont pas semblé soumises à la même approximation dans la détermination des périodes calmes, nous n'avons cependant pas considéré comme rechute des oscillations de l'humeur rééquilibrées par les traitements, de façon à conserver une homogénéité à l'étude de ces périodes de rémission.

Enfin la subdivision de droite nous donne les traitements donnés aux malades pendant la cessation de leur accès.

Les médications sont très variables leur posologie également, nous n'en donnons qu'une étude qualitative, nous parlerons plus loin des réserves qu'il faut faire sur l'assiduité des malades aux thérapeutiques extra-hospitalières prolongées. Très souvent la rupture brusque d'un traitement entraîne la rechute, ou parfois, l'on apprend qu'aucune médication ne fut prise entre deux crises.

CHAPITRE II.

LES OBSERVATIONS .

Observation I

Mme MON ... née en 1903.

Premier séjour à l'hôpital psychiatrique en 1941, mais cette malade avait présenté de nombreux accès antérieurs traités dans divers hôpitaux.

Nous avons dénombré 14 accès maniaques pour 4 accès dépressifs. Nous soulignons cependant le cas particulier de cette malade qui, d'une part subit une lobotomie en 1949 entraînant une rémission de 5 ans et qui, d'autre part présente des accès dépressifs souvent minimes après chaque accès maniaque. Ces accès ne nécessitent pas le prolongement de l'hospitalisation.

Première thérapeutique chimique en 1954.

SEJOURS HOSPITALIERS

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1941	Manie		30 j.	455 j.	
1943	Manie		185	7. 720	
1945	Manie		75	535	
1947	Manie		270	205	
1948	Manie		125	0	Electro-choc
	Dépression		190	1880	E.C.+ Lobotomie
1954	Manie		45	15	Largactil
	Dépression		110	0	Largactil
1955 (52 ans)	Manie	Largactil Phénergan	42	1825	
1960	Manie	Témentil Phénergan Halopéridol Serpasil	22	57	Serpasil Phénergan
	Dépression	7204 RP	78	5	
1961	Manie	Stélazine 9159 RP Phénergan Largactil	38	500	Largaotil Nozinan 7162 RP

SEJOURS HOSPITALIERS

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1962	Manie	Serpasil 9159 RP	38 j.	165 j.	Serpasil 9159 RP Phénergan
	Manie		48	100	
1963	Manie	Nozinan Serpasil Largactil 8599 RP	95	10	Tofranil Nozinan
	Manie		48	200	Témentil Nozinan
1964	Manie	Frénactyl Butyrophénone	30	0	
	Dépression	Nozinan	110	180	

Durée des accès maniaques avant les neuroleptiques	137 jours
Durée des accès maniaques après les neuroleptiques	45 j.
Durée des accès dépressifs avant traitements anti-dépresseurs	190 j.
Durée des accès dépressifs après traitements anti-dépresseurs	99,1
Durée des rémissions avant chimiothérapie	632,5
Durée des rémissions après chimiothérapie	254,7

Observation 2.Mme GRI ... née en 1909

Première hospitalisation en 1942 à l'âge de 33 ans pour accès maniaque. De nombreux accès antérieurs n'ont pu être retrouvés.

Nous avons dénombré jusqu'en 1964 40 accès maniaques pour 25 accès dépressifs. Les traitements neuroleptiques et antidépresseurs débutent en 1953.

La fréquence des rechutes a entraîné une désocialisation, un désintérêt de la famille ; cette malade ne quitte plus l'hôpital psychiatrique.

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1942	Dépression		8 j.	126 j.	
	Dépression		28	1 an 10 j.	
1943	Manie	Cardiazol	33	4 ans 80 j.	
1947	Manie		13	15 j.	
	Manie		30	10	
	Manie		24	40	
	Manie		45	1 an 40 j.	
1948	Manie	Gardénal	30	1 an 65 j.	
1949	Manie	Phénergan	10	40 j.	
	Manie		120	100	
1950	Dépression		20	105	
1951	Manie		40	0	
	Dépression		60	0	
	Manie		50	0	
	Dépression		170	205	

S E J O U R S				REMISSIONS	
Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1952	Manie	Electro-choc Phénergan	10 j.	5 j.	
	Manie	Electro-choc	90	5	
	Dépression		60	70	Largactil
1953	Dépression		10	5	
	Manie	Largactil Dolosal Phénergan Electro-choc	75	0	
	Dépression	Phénergan	75	25	
1954	Manie	Largactil P.E.G.	55	0	
	Dépression		50	0	
	Manie	Largactil P.E.G. Sakel	90	130	
1955	Manie	Largactil	55	80	Largactil
	Manie	Largactil	25	0	
	Dépression		20	0	
	Manie	Largactil	30	155	Largactil

S E J O U R S				REMISSIONS	
1956	Manie	Largactil	35		
	Pas de note jusqu'en septembre 1956				
	Manie	Largactil Témentil	35	15	
	Manie	Nozinan	90	80	Nozinan
	Dépression	Nozinan	20	0	Nozinan
	Manie	Stémétil	70	8	Stémétil
1957	Manie	Témentil	75	0	Stémétil
	Dépression	7890 RP 7843 RP 8165 RP	50	5	8165 RP 7890 RP
	Manie	Stémétil	30	0	Stémétil
1958	Manie	Stémétil	10	0	Stémétil
	Dépression	Stémétil	40	0	Stémétil
	Manie	Stémétil	85	195	Bromure
1959	Manie	Témentil Stémétil Nozinan	50	0	Témentil Nozinan

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1959	Dépression	Nozinan	15 j.	70 j.	
	Manie	Témentil	75	190	Témentil Majeptil
1960	Manie	Témentil Nozinan Majeptil	30	0	Majeptil
	Dépression	Nozinan Majeptil	170	0	Témentil Majeptil
	Manie	Majeptil Nozinan Serpasil	80	0	Témentil 9159 RP
1961	Dépression	9159 RP Largactil 7204 RP	40	215	
	Manie	Melleril 9159 RP Serpasil	30	0	Témentil Nozinan
	Dépression	Nozinan	5	0	
	Manie	9159 RP 7204 RP	40	25	9159 RP
	Dépression	9159 RP 7204 RP	55	55	

S E J O U R S				REMISSIONS	
Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1963	Manie	Témentil	60 j.	0	
	Dépression	Tofranil Niamide	75	0	
	Manie	Témentil Nozinan Halopéridol	70	0	
	Dépression	Niamide	40	0	
	Manie	Témentil Halopéridol	45	130	
	Manie	Témentil	60	0	
1964	Dépression	Témentil	40	0	
	Manie	8089 CB (Frénactyl) Témentil Nozinan	40	0	
	Dépression	Frénactyl	75	55	Témentil Frénactyl
	Manie	Témentil	10	0	
	Dépression	Témentil	35	0	
	Manie	Sédalande	80	0	

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
	Dépression		15 j.	0	
	Manie	Halopéridol Témentil Frénactyl	10		

Durée moyenne des accès maniaques avant les traitements neuroleptiques	27 jours
Durée moyenne des accès maniaques traités par neuroleptiques	50 J.
Durée moyenne des accès dépressifs avant les médicaments antidépresseurs	70 j.
Durée moyenne des accès dépressifs après les traitements par médicaments antidépresseurs	46 j.
Durée moyenne des rémissions avant traitement	275 j.
Durée moyenne des rémissions après traitement	76 j.

Observation 3.Mme PER ... née en 1909.

Première hospitalisation en 1948 à l'âge de 39 ans pour accès maniaque. Nous avons établi les rechutes de cette malade jusqu'en 1962, nous avons dénombré 18 accès maniaques pour 2 accès dépressifs. Les médications neuroleptiques apparaissent en 1956. Les accès dépressifs se situent après l'apparition des médications antidépressives, nous n'en avons pas noté avant.

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1948			110 j.	5 j.	
			40	5	
			700	5	
1950			110	110	
1951			20	5	
	Manie		205	235	
1952			460	40	
1954			200	525	
1956	Manie	Largactil	225	215	
1957	Manie	Largactil Serpasil	65	505	Largactil
1958	Manie	67IO RP	35	25	Nozinan 67IO RP
1959	Manie	Nozinan Marsilid Hémineurine	155	80	Nozinan 67IO RP
	Manie	Nozinan	45	35	Nozinan

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1960	Manie	Nozinan Majeptil Hémineurine	170 j.	190 j.	Nozinan Majeptil
	Manie	Nozinan Majeptil Melleril 9159 RP Hémineurine	150	205	Melleril
1961	Manie	Hémineurine 9159 RP	120	140	Nozinan
1962	Dépression	Hémineurine 9159 RP	90	45	Melleril
	Dépression	Melleril	30	275	Melleril
1963	Manie	Tgmentil Nozinan	56	55	Melleril
1964	Manie	Nozinan 9159 RP Majeptil	56		Melleril

Durée moyenne des accès maniaques avant neuroleptiques	305,6 j.
Durée moyenne des accès maniaques après neuroleptiques	89,5 j.
Durée moyenne des accès dépressifs après médications antidépessives	60 j.
Durée moyenne des rémissions avant traitement	115,5
Durée moyenne des rémissions après traitement	160,9

Observation 4.

Mme FER ... née en 1898.

Nous n'avons pu établir l'histoire de cette malade que depuis 1954 jusqu'à son décès en 1964, soit de 56 ans à 66 ans. Tous les accès ont été traités par neuroleptiques ou médicaments antidépresseurs.

Nous voyons sur le tableau que la durée moyenne des périodes de rémission est pratiquement nulle depuis 1962. Nous devons cependant émettre quelques réserves. Nous n'avons en effet pas considéré comme rémission des états hyponaniaques ou légèrement dépressif s'étalant sur plusieurs jours. Nous avons dénombré entre 1954 et 1964 12 accès dépressifs et 15 accès maniaques.

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1954	Manie	Largactil	15 j.	335 j.	
1955	Dépression		60	3 ans 215 j.	
1959	Dépression	Tofranil	35	0	
	Manie	Largactil	20	185	
1960	Manie	Largactil	15	0	
	Dépression	Tofranil	150	10	
	Manie	Largactil Nozinan	25	100	Largactil Nozinan
1961	Manie	Largactil	30	60	Largactil
	Manie	Largactil	90	120	Largactil
	Manie	Témentil Nozinan	15	45	Nozinan
1962	Dépression	Niamide Nozinan	10	0	
	Manie	Témentil	30	0	
	Dépression	Tofranil	75	0	

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1963	Manie	Largactil Nozinan Témentil	30 j.	0	
	Dépression	IO.645 Témentil	20	0	
	Manie	Largactil 8920	40	0	
	Dépression	Tofranil IO 645	40	0	
	Manie	Largactil	105	20	Largactil
	Dépression	Tofranil	30	0	
	Manie	Largactil Témentil	65	0	
	Dépression	Tofranil	15	0	
	Manie	Largactil Halopéridol Témentil	140	0	
1964	Dépression	Tofranil Nozinan	150	0	
	Manie	Témentil	50	0	

S E J O U R S				REMISSIONS	
Année	Diagnostic	Traitement	Durée	D _u rée	Traitement
	Dépression	Tofranil	5 j.	0	
	Manie	Largactil Témentil	30		
	Dépression	Tofranil	40	0	

Durée moyenne des accès dépressifs	52,5 j.
Durée moyenne des accès maniaques	46,5
Durée moyenne des périodes de rémission	137,5

Observation 5

Mme VA ... née en 1912.

Nous avons retrouvé le 1er accès en 1950. Cette malade présenta jusqu'en 1964, 8 accès maniaques et 5 accès dépressifs.

Les neuroleptiques apparaissent dans les traitements en 1954. Mais nous n'avons pas retrouvé d'accès dépressifs depuis 1957.

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1950	Manie	Electro-choc	20 j.	3 ans 20 j.	
1953	Manie	Electro-choc	20	1 an 115 j.	Eunocetal
1954	Dépression	Electro-choc	25	40 j.	
	Dépression	Electro-choc	35	10 j.	
	Dépression	Electro-choc	50	1 an 150 j.	
1956	Dépression	Electro-choc	25	320 j.	
1957	Dépression	Largactil Mopazine	15	110 j.	Mopazine
	Manie	Largactil	20	85 j.	Largactil
	Manie	Largactil	25	230 j.	Largactil
1958	Manie	Largactil	25	45 j.	
	Manie	Phénergan Serpasil Largactil 67IO RP	40	1 an 90 j.	67IO RP
1960	Manie	Témentil	45	2 ans 65 j.	Témentil Nozinan

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1962	Manie	Témentil Nozinan	30 j.	1 an 350j	Témentil Nozinan
1964	Manie	Témentil	50		Témentil

Durée moyenne des accès dépressifs avant médicament antidépresseur	32 j.
Durée moyenne des accès maniaques avant les traitements neuroleptiques	20 j.
Durée moyenne des accès maniaques après les traitements neuroleptiques	33,5
Durée moyenne des rémissions avant traitement médicamenteux	413,3
Durée moyenne des rémissions après traitement médicamenteux	347,8

Observation 6

Mme JAC ... née en 1906.

Première hospitalisation à l'hôpital du Vintier en 1930, à l'âge de 24 ans, mais elle avait déjà fait un séjour de un mois à Bourg en 1929.

Nous avons dénombré 7 accès dépressifs pour 4 accès maniaques.

Cette malade a été perdue de vue depuis sa sortie en 1957.

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1930	Dépression		35 j.	405 j.	
1931	Dépression		45 J.	415 j.	
1933	Manie		70 j.	1 an 205 j.	
1935	Dépression		1 an 195 j.	2 ans 20 j.	
1938	Dépression		1 an 65 j.	6ans 185 j.	
1946	Dépression		140 j.	3 ans 10 j.	
1949	Dépression		35 j.	2 ans 320 j.	
1952	Manie	Largactil Phénergan	1 an 55 j.	2 ans 55 j.	
1956	Manie	Largactil	265 j.	3 j.	Largactil
	Manie	Largactil	70 j.	22 j.	Largactil

Durée moyenne des accès maniaques avant les traitements neuroleptiques	70 j.
Durée moyenne des accès maniaques après traitements neuroleptiques	251
Durée moyenne des accès dépressifs avant les médicaments antidépresseurs	177,8
Durée moyenne des accès dépressifs après les traitements antidépresseurs	80
Durée moyenne des rémissions avant traitement	2 ans 223 j.
Durée moyenne des rémissions après traitement	270

Observation 7.

Mme EST ... née en 1907.

Premier séjour à l'âge de 46 ans.

Nous n'avons pas pu retrouver les accès que cette malade a présentés entre 1954 et 1957, elle ne fut pas traitée à l'hôpital.

Premier accès en 1953. Nous avons dénombré 8 accès dépressifs et 10 accès maniaques jusqu'en 1964.

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1953	Dépression	Electro-choc	35 j.	10 j.	
	Dépression	Electro-choc	30	140	
	Manie	Electro-choc	40	30	
	Manie	?	?		
	Nombreux	séjours en clinique privée	non retrouvés		
1957	Manie	Largactil	70	90	
	Dépression	Electro-choc Nozinan	60	15	
	Manie	Largactil	40	1 an 5 j.	
1958	Dépression	Largactil Electro-choc	30	215	
1959	Manie	Largactil	45	45	
	Dépression	Tofranil Nozinan	35	1 an 80 j.	
1961	Dépression	Tofranil Nozinan	50	225	
	Manie	8920 RP	25	130	

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1962	Manie	Témentil Nozinan	15 j.	65 j.	Témentil Nozinan
	Manie	Témentil Nozinan	20	100	Témentil Nozinan
	Dépression	Largactil Nozinan	30	90	Témentil Nozinan
1963	Manie	Témentil Nozinan	35	305	Témentil Nozinan
1964	Manie	Témentil Nozinan	25	25	Témentil Nozinan
	Dépression	Témentil Nozinan	45	210	Témentil Nozinan
	Manie	Témentil Nozinan	30	10	

Durée moyenne des accès maniaques avant les traitements neuroleptiques	40 j.
Durée moyenne des accès maniaques après traitements neuroleptiques	34
Durée moyenne des accès dépressifs avant médicaments antidépresseurs	32,5
Durée moyenne des accès dépressifs après médicaments antidépresseurs	41
Durée moyenne des rémissions avant traitements médicamenteux	60
Durée moyenne des rémissions après traitements médicamenteux	156

Observation 8.

Mme MO ... née en 1902.

Première hospitalisation en 1948 pour mélancolie. Nous avons suivi cette malade jusqu'en 1959, nous avons dénombré 14 accès mélancoliques. Traitement neuroleptique en 1955 associé à des électrochocs.

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1948	Dépression		90 j.	200 j.	
			35	350	
1950			135	300	
1951	Dépression	Electro-choc	35	125	
	Dépression	Electro-choc	100	170	
1952	Dépression	Electro-choc	25	135	
	Dépression	Electro-choc	235	55	
1953	Dépression	Electro-choc	60	1 an 35 j.	
1954		Electro-choc	45	95	
1955		Electro-choc Largactil	35	2 ans 50 j.	Largactil
1957		Largactil Serpasil	45	130	Serpasil
1958		Largactil	90	30	Largactil
		Largactil Nozinan	65	1 an 30 j.	Largactil Nozinan
1959	Dépression	Tofranil Nozinan Melleril	40		Tofranil Melleril

Durée des accès dépressifs avant chimiothérapie	84,4 j
Durée des accès dépressifs après chimiothérapie	55
Durée des rémissions avant chimiothérapie	203,3
Durée des rémissions après chimiothérapie	321,2

Observation 9.

Mme DU ... née en 1907.

Premier séjour à l'hôpital psychiatrique en 1948 pour accès maniaque.

Nous avons pu suivre ses accès jusqu'en 1956 date de son décès au cours d'un épisode maniaque à l'âge de 49 ans.

Il s'agit uniquement d'accès maniaque, nous en avons dénombré 15 de 1948 à 1956.

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1948	Manie	Sulfathiazol	80 j.	30 j.	
	Manie		25	10	
	Manie		235	20	
1949	Manie		175	1 an 150 j	
1951	Manie	3 Electro-chocs	90	5	
	Manie	Phénergan	15	30	
	Manie	Phénergan	285	200	
1953	Manie	Phénergan	40	110	
	Manie	Largactil Dolosal	5	5	Largactil
	Manie	Largactil	30	325	Largactil
1954	Manie	Largactil	10	20	Largactil
	Manie	Largactil	5	190	Largactil
1955	Manie	Largactil Phénergan	35	210	Largactil
1956	Manie	Largactil	30	335	
	Manie	Largactil	DECES		

Durée moyenne des accès maniaques avant les traitements neuroleptiques	121 j.
Durée moyenne des accès maniaques après l'apparition des traitements neuroleptiques	50,5
Durée moyenne des rémissions avant traitement	116
Durée moyenne des rémissions après traitement	158,3

Observation 10.

Mme VER ...

29 ans au premier séjour en 1932.

Le premier accès maniaque a eu lieu à 24 ans en 1924, trois autres se sont déroulés entre 1924 et 1932, nous n'avons pu les retrouver.

Cette malade n'a présenté que des accès maniaques. 15 entre 1932 et 1964.

Les premiers neuroleptiques apparaissent dans les traitements en 1954, et en 1956 dans les périodes de rémission.

année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
932	Manie		1 an 135 j	320 j	
934	Manie		125 j	340 j	
935	Manie	Pyrétothérapie	340 j	2 ans 150 j	
939	Manie		150 j	260 j	
940	Manie		145 j	1 an 340 j	
942	Manie		110 j	5 j	
943	Manie		205 j	6 ans 335 j	
950	Manie	Electro-Choc	50 j	3 ans 345 j	
954	Manie	Largactil 2 Electro-Chocs	35 j	1 an 90 j	
956	Manie	Gardénal Largactil	45 j	1 an 110 j	Largactil
957	Manie	Serpasil	20 j	2 ans 135 j	
959	Manie	Serpasil	15 j	245 j	Nozinan
960	Manie	Serpasil	50 j	3 ans 15 j	Equanil Neuleptil
963	Manie	Témentil Nozinan	35 j	270 j	Témentil Artane
964	Manie	Témentil Nozinan	90 j		Témentil Nozinan

Durée moyenne des accès maniaques avant les traitements neuroleptiques	203 j.
Durée moyenne des accès maniaques après l'apparition des traitements neuroleptiques	41
Durée moyenne des rémissions avant traitements	717
Durée moyenne des rémissions après traitements	560

Observation 11.

Mme PIL ... née en 1907.

Premier accès maniaque en 1921 à l'âge de 14 ans. Nous avons dénombré 22 accès maniaques, sans accès dépressif. Nous avons pu savoir qu'elle présenta de nombreuses rechutes entre 1948 et 1953, nous n'avons malheureusement pas pu les retrouver, aussi avons nous exclue cette période dans le calcul de nos moyennes.

Les neuroleptiques apparaissent en 1953 dans la thérapeutique des accès et en 1954 dans les périodes de rémission.

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1921	Manie		45 j.	7 ans	
1928	Manie		40	14 ans	
1942	Manie		35	6 ans	
1948	Manie	Electro-choc	20	40 j.	
Nombreux séjours de février 1948 à 1953 : non retrouvés					
1953	Manie	Electro-choc	8 j.	40 j.	
	Manie	Largactil	15	35 j.	
1953	Manie	Largactil	10	40 j.	
	Manie	Largactil	15	30 j.	
	Manie	Largactil	15	30 j.	
	Manie	Electro-choc	10	45 j.	
	Manie	Electro-choc	15	40 j.	
	Manie	Electro-choc Largactil	10	40 j.	
1954	Manie	Electro-choc Largactil	20	205 j.	

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1954	Manie	Largactil Phénergan	15 j.	100 j.	Largactil
1955	Manie	Largactil Electro-choc	20	110	Largactil
	Manie	Largactil Electro-choc	15	125	Largactil
1956	Manie	Largactil Serpasil Electro-choc	20	210	Largactil
	Manie	Largactil Electro-choc	10	155	Largactil
1957	Manie	Largactil Electro-choc	15	95	Largactil
	Manie	Largactil Electro-choc	10	50	Largactil
	Manie	Serpasil Stémétil Electro-choc	20	100	Largactil
	Manie		10 DECES		

Durée moyenne des accès maniaques avant les traitements
neuroleptiques 28,5 j.

Durée moyenne des accès maniaques après l'apparition des
traitements neuroleptiques 14,4

Durée moyenne des rémissions avant les traitements neuro-
leptiques 5ans 112 j.

Durée moyenne des rémissions après les traitements
neuroleptiques 28

Observation 12.

Mme THE ... née en 1878.

Première hospitalisation à l'hôpital psychiatrique en 1907 à l'âge de 29 ans pour accès maniaque.

Nous avons suivi les rechutes de cette malade jusqu'en 1942 et nous avons dénombré 15 accès uniquement maniaques. Nous n'avons pas relevé de traitement dans l'observation.

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1907	Manie	Néant	15 j.	5 j.	Néant
1907	Manie		95	7 ans 70 j.	
1915	Manie		60	2 ans 90 j.	
1917	Manie		95	55 j.	
1919	Manie		130	70 j.	
1922	Manie		30	1 an 35 j.	
1923	Manie		60	1 an 45 j.	
1925	Manie		75	1 an 115 j.	
1926	Manie		65	2 ans 260 j.	
1929	Manie		45	2 ans 130 j.	
1932	Manie		55	2 ans 125 j.	
1934	Manie		60	2 ans 350 j.	
1937	Manie		85	3 ans 255 j.	
1941	Manie		45	1 an 15 j.	
1942	Manie		1 an 130j		

Durée moyenne des accès maniaques

87,3

Durée moyenne des rémissions

2 ans 730 j.

Observation 13.

Mme D. FO ... née en 1892.

Premier accès maniaque en 1922 à l'âge de 30 ans.

Nous avons pu suivre ses rechutes jusqu'en 1959. Il s'agit d'accès maniaque uniquement, au nombre de 26.

Les premières thérapeutiques neuroleptiques apparaissent en 1956 dans les traitements. Nous n'avons pas retrouvé de détails sur les traitements antérieurs.

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1922	Manie	Néant	55 j.	6 ans 45 j.	Néant
1928	Manie		65	1 an 195 j.	
1930	Manie		220	2 ans 115 j.	
1933	Manie		35	1 an 25 j.	
1934	Manie		30	2 ans 30 j.	
1936	Manie		30	10 j.	
1938	Manie		75	1 an 205 j.	
1940	Manie		20	80 j.	
1940	Manie		40	3 ans 30 j.	
1943	Manie		10	280 j.	
1944	Manie		40	1 an 35 j.	
1945	Manie		35	3 ans 120 j.	
1949	Manie		10	350 j.	
1950	Manie		125	270 j.	

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1951	Manie		30 j.	335 j.	
1952	Manie		25	245	
1953	Manie		25	1 an 30 j.	
1954	Manie		20	230 j.	
1955	Manie		35	135	
	Manie		20	300	
1956	Manie	Largactil	30	140	
	Manie	Largactil	65	135	Largactil
1957	Manie	Largactil	30	145	Largactil
	Manie	Largactil	40	130	Largactil
1958	Manie	Stémétil Cardénal	80	200	Largactil
1959	Manie	Largactil Nozinan	145	280	Largactil Nozinan

Durée moyenne des accès avant neuroleptiques	49,9 j.
Durée moyenne des accès après neuroleptiques	72
Durée moyenne des rémissions avant traitement	1 an 142 j.
Durée moyenne des rémissions après traitement	197 j.

Observation 14.

Mme BER ... née en 1890.

Premier séjour à l'hôpital psychiatrique en 1934 pour accès maniaque, mais avons noté jusqu'en 1954 11 accès maniaques pour un seul accès dépressif en 1949.

Apparition des traitements neuroleptiques en 1956. Cette malade évolua à partir de la fin de 1957 vers une psychose paranoïde avec hallucinations. Nous avons arrêté notre étude à cette date.

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1934	Manie		20 j.	5 ans 240 j.	
1940	Manie		195	300 j.	
1941	Manie		335	1 an 200 j.	
1944	Manie		115	2 ans 40 j.	
1946	Manie		15	1 an 195 j.	
1948	Manie		50	305 j.	
1949	Dépression		245	4 ans 140 j.	
1954	Manie		50	1 an 245 j.	
1956	Manie	Largactil	30	1 an 35 j.	
1957	Manie	Largactil Phénobarbital	85	125 j.	Mopazine

Evolution vers une psychose paranoïde avec hallucinations.

Durée moyenne des accès maniaques avant neuroleptiques	128 j.
Durée moyenne des accès maniaques après neuroleptiques	57 j.
Durée moyenne des rémissions avant neuroleptiques	2 ans 110 j.
Durée moyenne des rémissions après neuroleptiques	175 j.

Observation 15.Mme PO ... née en 1895.

Première hospitalisation à l'hôpital psychiatrique en 1924 pour accès maniaque. Nous avons suivi les rechutes de cette malade jusqu'en 1963, date de son décès.

Il s'agit uniquement d'accès maniaques, nous en avons dénombré 33.

Nous n'avons pu retrouver les accès de 1940 à 1947, nous ne tiendrons pas compte de cette période dans l'évaluation de nos moyennes. Les neuroleptiques apparaissent en 1953 dans les traitements.

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1924	Manie		70 j.	1370 j.	
1928	Manie		115	790	
1931	Manie		80	1100	
1934	Manie		90	335	
1935	Manie		90	515	
1937	Manie		155	440	
1938	Manie		240	430	
1940	Manie		125	6 ans 345j	
	?	?	?	?	?
1947	Manie		100	1 an 255 j	
1949	Manie		120	1 an 250 j	
1950	Manie		100	95 j.	
1951	Manie		90	75	
	Manie		85	115	

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1952	Manie		100 j.	70 j..	
1952	Manie		105	35	
1953	Manie		35	40	
1953	Manie		25	80	
	Manie		25	45	
	Manie	Largactil	60	25	
1954	Manie	Largactil	45	25	
	Manie	Largactil	40	20	
	Manie	Largactil	45	140	Largactil
	Manie	Largactil	50	140	
1955	Manie		25	95	
	Manie		30	40	
	Manie	Largactil 6549 RP	70	20	

S E J O U R S

REMISSIONS

Année	Diagnostic	Traitement	Durée	Durée	Traitement
1956	Manie	Largactil	30 j.	125 j.	
	Manie	Largactil 6140 RP	40	5 ans	Stémétil Phénergan
1961	Manie	Témentil Théralène Largactil Phénergan	20	90 j.	Témentil Phénergan
1962	Manie	Majeptil Théralène Serpasil 9159 RP	55	90 j.	Serpasil 9159 RP
1962	Manie	Serpasil Témentil 9159 RP	55	10 j.	Témentil
1962	Manie	Témentil 9159 RP	55	25 j.	Témentil
1962	Manie	Témentil 8599 RP	110		Témentil
1963					15.5.1963 DECES

Durée des accès avant neuroleptiques	97,2 j.
Durée des accès après neuroleptiques	48,6
Durée des rémissions avant neuroleptiques	398,2 j.
Durée des rémissions après neuroleptiques	190 j.

CHAPITRE III.

ETUDE DES RESULTATS.

RESULTATS GLOBAUX.

	<u>Avant traitement.</u>	<u>Après traitement</u>
<u>Durée moyenne des accès maniaques</u>	107,8 j.	61,6 j.
<u>Durée moyenne des accès dépressifs</u>	97,8	61
<u>Durée moyenne des rémissions</u>	564,8	216,5

Nous constatons donc d'après ce tableau une diminution de la durée des accès maniaques et des accès dépressifs depuis l'apparition des neuroleptiques et des médications antidépressives, mais également une diminution de la durée des périodes de rémission ce qui correspond à une augmentation de la fréquence des rechutes.

Nous devons cependant faire de nombreuses réserves devant ces résultats.

Notre groupe de 15 observations n'est pas assez important pour en tirer des conclusions définitives et valables qui permettraient de situer un nouveau profil évolutif de cette affection. Nous ne pouvons pas appliquer la loi des grands nombres mais notre but était de donner une première impression et non de faire une statistique importante; ce dernier travail étant en cours à l'hôpital du Vinatier.

Notre groupe de 15 malades provient du dépouillement de 80 dossiers de l'hôpital psychiatrique ; nous avons trouvé des difficultés diverses qui ont progressivement réduit le nombre des observations retenues : absence d'indication de traitement, de précision sur les dates, feuilles égarées, multiplicité des services, vérification sur les livres de la loi pour les malades hospitalisés en service fermé.

Nous avons exclu les malades qui n'ont pas rechuté depuis l'apparition des médications chiniques, nous n'en avons rencontré que 5 qui n'avaient pas antérieurement présenté de nombreux accès. Enfin nous n'avons étudié qu'une population féminine ce qui limite encore la portée de nos résultats, nous ne pouvons affirmer qu'ils seraient identiques avec une population uniquement masculine.

Sur le plan de la délimitation des périodes avant et après neuroleptiques et médications antidépressives nous devons signaler que nous n'avons pas étudié à part les modifications apportées par la sismothérapie. Nous avons groupé ces accès et ces rémissions avec la période sans traitement. Nous avons hésité avant d'établir cette séparation mais nous avons pensé que le mécanisme d'action diffèrait trop pour pouvoir englober électro-choc et neuroleptiques sous la même rubrique.

Enfin nous n'avons pas étudié les modifications de l'intensité des crises, celles-ci sont indéniables mais n'entrent pas dans le cadre de notre étude.

Le Docteur GUYOTAT dans sa thèse en 1950 signalait la tendance à la récurrence immédiate dans 25 % des cas de mélancolie des psychoses maniaco-dépressives traitées par sismothérapie. La diminution de la durée des accès maniaques ou dépressifs depuis les traitements est une constatation clinique courante et nous avons retrouvé ces variations dans l'étude de nos observations. La durée des accès maniaques reste la plus sensible puisque nous trouvons une différence de 46,2 jours et de 36 jours pour les accès dépressifs. Nous étudierons dans la

deuxième partie de notre étude la variation de la durée des accès en fonction des modalités thérapeutiques, nous n'avons pas en effet considéré l'influence des électro-chocs dans ce groupe d'observation, et son rôle reste important surtout pour les accès dépressifs.

Dans nos observations de mélancolie ou de manie intermittentes et dans nos formes maniaco-dépressive nous observons une diminution de la durée globale des périodes de rémission avec une tendance à la rechute beaucoup plus rapide puisque nos moyennes d'ensemble passent de 564,8 jours à 216,5 jours. Nous avons cependant remarqué dans certaines observations des rémissions plus prolongées alternant avec des périodes de sédation relativement courtes. C'est ainsi que dans l'observation n° 7 nous notons en 1957 et en 1959 2 rémissions plus importantes ; l'une de 1 an et 5 jours, l'autre de 1 an et 80 jours. Dans l'observation n° 15, nous trouvons en 1956 une rémission de 5 ans contrastant avec les durées habituelles de sédation oscillant entre 25 jours et 140 jours. Dans l'observation n° 1 nous trouvons en 1955 une rémission de 5 ans et en 1961 une sédation de 1 an 135 jours. Nous avons vérifié sur les observations mais nous n'avons décelé aucun élément qui puisse expliquer ces faits.

Dans deux observations n° 9 et 8 ou il s'agit respectivement de manie intermittente et de mélancolie intermittente nous avons constaté une augmentation de la durée des périodes de rémission sous traitement chimiothérapique. En effet dans le cas de manie la sédation de 116 jours avant traitement passe à 321,3 jours après chimiothérapie. Dans le cas de mélancolie de 321,2 jours sans traitement nous passons à 203,3 jours après thérapeutiques. Les dossiers ne nous ont pas montré d'éléments particuliers pouvant servir à l'interprétation de ces différences.

De l'étude de nos dossiers il nous a semblé pouvoir dégager une notion d'évolution propre de chaque cas ; les neuroleptiques ont apporté une transformation des crises, de l'évolution, mais souvent nous retrouvons un parallélisme dans la durée des rémissions avant et après chimiothérapie. Une malade présentant des rémissions longues avant traitement verra ses rémissions diminuées après traitement, mais dans un certain rapport, ces périodes d'acalmie resteront plus importantes que celles de malades ayant toujours présentés des intervalles courts (observation 10 - 15 - 3). Nous soulignons cependant qu'il ne s'agit que d'une première impression tirée de l'étude de nos dossiers.

La diminution de la durée de ces périodes de rémission n'est peut-être du qu'à l'évolution de la maladie puisque la tendance à la récurrence augmente au fur et à mesure des accès. Nous pouvons cependant penser que les neuroleptiques provoquent comme la psychothérapie, une rotation plus rapide des accès et l'on retrouve également cette notion de fragmentation des crises dont des rémissions tronquées de quelques jours seulement sont l'expression clinique la plus nette. Dans la mélancolie ou la manie intermittente les périodes de rémission très courtes ne peuvent être considérées que comme une amputation temporaire de la symptomatologie ; la crise qui succèdera à cette acalmie ne sera en fait que le même accès prolongé dont l'intensité varie sous l'influence des thérapeutiques. Dans la psychose mania-co-dépressive ne faut-il pas considérer l'accès maniaque survenant après un épisode dépressif ou inversement, comme l'expression clinique différente d'un même processus morbide, d'un même accès qui se prolonge sous une forme opposée, le trouble de l'humeur n'étant qu'une conséquence de la maladie, sa manifestation clinique ? Cette inconnue

qui nous échappe encore, sous-tendant ce que nous voyons de la psychose maniaco-dépressive, l'approche permise par les études psychanalytiques, les dernières notifications biologiques mises en évidence cerment le problème mais ne permettent pas de résoudre l'énigme.

CHAPITRE IV.

ETUDE CLINIQUE (suite)

CONSIDERATIONS TIREES DE L'ETUDE DE LA DUREE MOYENNE DE
250 ACCES DEPRESSIFS ET DE 250 ACCES MANIAQUES.

Il nous semble de plus en plus au cours de cette étude que les différents traitements apportent certes un progrès, permettent une amélioration rapide des accès maniaques et dépressifs, assurant un retour à une thymie normale dans un temps plus limité, mais qu'il ne s'agit que d'une médication symptomatique.

La psychose maniaco-dépressive, l'accès maniaque intermittent, l'accès dépressif nous paraissent la manifestation clinique d'un même processus pathogène qui nous échappe encore.

Si nous pouvons dépasser ce cadre nosographique dans lequel reste encore enfermées ces affections nous leur trouvons un point commun, investi de plus de valeur qu'un simple symptôme : l'angoisse.

A l'aura des phases maniaques, à l'acmé des phases dépressives, l'angoisse domine, dans les périodes de rémission elle se retrouve, la seule justification d'une rechute ne suffit pas à en découvrir ses fondements, elle fait partie intégrante de ce "psychisme" condamnant à l'agitation ou à la stupeur, elle est le primum movens de ces oscillations, la pierre angulaire sur laquelle repose ces fragiles rémissions qu'il est difficile de considérer comme des guérisons, mê-

me temporaires..

Les études psychanalytiques nous permettent de découvrir l'organisation particulière du moi de ces malades, elles apportent une importante compréhension de ces accès, mais il n'est pas possible de nier le caractère constitutionnel et héréditaire de la maladie, de même qu'il n'est pas possible d'affirmer sa croyance en une psychogénèse isolée ou une physiopathogénèse pure.

Organisation particulière du moi, témoignant de sa fragilité sous l'influence d'agression exogène et endogène ; dysfonctionnement de structures anatomiques, perturbations endocrinologiques ou tumorale provoquant sur un organisme prédisposé l'éclosion de la maladie, nous ne saurions rejeter une hypothèse sans donner à l'autre la valeur qui lui convient.

Il n'y a pas actuellement de traitements de la maniaco-dépressive ; les indications thérapeutiques ne peuvent jouer que sur la durée des accès, c'est dans ce sens que la découverte des médications actuellement utilisées apporte sa contribution à l'amputation des symptômes cliniques.

Dans la deuxième partie de notre étude clinique nous recherchons donc les modifications éventuelles de durée des accès apportées par ces traitements.

La deuxième partie de notre étude clinique groupe 250 cas

d'accès maniaques et 250 cas d'accès dépressifs.

Nous avons voulu établir les moyennes des durées des accès maniaques ou dépressifs en fonction des différentes modalités thérapeutiques actuellement utilisées dans le traitement de ces accès, c'est à-dire en fonction de la sismothérapie et de la chiniothérapie.

L'introduction par CERLETTI et BINI de l'électro-choc dans le traitement des états mélancoliques modifia la physionomie de leur évolution ; les acquisitions progressives de la chiniothérapie et leur application clinique, en particulier depuis la découverte des thymoanallitiques en 1957, repose le problème d'une modification éventuelle de la durée de ces accès.

La chiniothérapie, sur le seul plan de la durée des crises apporte-t-elle un progrès sur la sismothérapie ? L'association sismothérapie-chiniothérapie est-elle bénéfique ? Peut-elle apporter plus que chaque méthode employée isolément ?

Nous étudierons ces différentes questions à l'aide de 250 cas d'accès dépressifs, mais nous voudrions auparavant souligner qu'il ne s'agit que d'une étude statistique globale, donc de valeur limitée, les critères de choix de nos observations expliqueront cette réserve.

Nous avons dans la même optique dépouillé 250 cas d'accès maniaques. L'introduction dans le traitement de ces crises des médications chiniques neuroleptiques modifia complètement leur évolution. Dans l'étude de nos dossiers nous avons retrouvé 3 modalités thérapeutiques qui sont les suivantes :

- a) Traitement par sismothérapie.
- b) Traitement par sismothérapie et chimiothérapie.
- c) Traitement par chimiothérapie uniquement.

Suivant ces modalités nous avons étudié la durée moyenne des accès en fonction de ces traitements. Nous émettons là encore une réserve sur la valeur de ces chiffres. Mais elle nous semble revêtir moins d'importance que pour les accès dépressifs.

I - Etude de la durée moyenne des accès dépressifs en fonction des diverses modalités thérapeutiques.

L'utilisation de l'électro-choc dans le traitement des états dépressifs reste une modalité thérapeutique courante depuis son apparition en clinique. Son efficacité reste remarquable d'après la plupart des auteurs dans 60 à 90 % des cas. Le Docteur GUYOTAT dans sa thèse en 1950 ne relève que 6 échecs sur 103 cas. Cependant les nouvelles possibilités chimiothérapiques, la découverte en 1952 du premier thymanaleptique suivi de nombreux autres permettent d'en restreindre et d'en limiter les indications, créant ainsi un éventail de possibilités thérapeutiques plus adaptées à la forme clinique en cause.

La diversité de cette chimiothérapie antidépressive est grande nous citerons seulement les médications rencontrées dans le dépouillement de ces dossiers.

- 1) Le groupe des hydrazines inhibiteurs de la mono-amino-oxydase
 - le nialamide (niamide)
 - l'isocarboxazide (marplan)
 - l'iproniazide (marsilid)
 - la phenelzine (nardelzine)
- 2) L'imipramine (tofranil)
- 3) L'anitriptyline (laroxyl)
 - le chlorhydrate d'anitryptiline (elavil)
- 4) L'association imipramine-levomepromazine (tofranil-nozinan)

5) Le trineprinine (surmontil)

Nous n'avons pas fait une étude qualitative de ces différents produits, ils furent employés diversement associés ou alternés avec cependant une prédominance très nette pour l'association inipramine-levonepromazine.

Nos 250 observations d'accès dépressifs ont été sélectionnés suivant certains critères. Nous avons tout d'abord introduit une notion d'âge. Nous n'avons retenu que les cas de malades femmes présentant un accès entre 20 et 60 ans. Nous n'avons pas distingué les variations possibles des dépressions survenues lors de la ménopause mais nous avons éliminé les dépressions symptomatiques d'une involution ou survenant au cours d'affections organiques, neurologiques, endocrinien-nes ou toxiques, de même que les dépressions symptomatiques d'une autre affection psychiatrique. Enfin et c'est là la réserve majeure que nous avons déjà souligné pour l'appréciation de nos résultats, nous n'avons pas distingué les multiples formes cliniques d'accès dépressif : stuporeuses, anxieuses, délirantes, tout en éliminant cependant les formes névrotiques, les formes mineures et nososymptomatiques.

Certaines de nos observations font partie de l'évolution de mélancolie intermittente ou de psychose maniaco-dépressive, d'autres représentent des accès isolés ou peu nombreux dans une vie.

Enfin nous signalerons que nous n'avons retenu que des cas de malades sortant régulièrement dès la fin de leur accès.

R E S U L T A T S

1) Groupe des malades traitées uniquement par sismothérapie

Nombre de cas

80

Durée moyenne des accès

47,9 jours

2) Groupe des malades traitées par l'association Sismothérapie-chimiothérapie

Nombre de cas

62

Durée moyenne des accès

52,2 jours

3) Groupe des malades traitées uniquement par chimiothérapie

Nombre de cas

108

Durée moyenne des accès

57,5 jours

A l'étude de ces chiffres nous voyons que la durée moyenne la plus courte est réalisée par le traitement sismothérapique. Nous enregistrons une différence nette avec la durée des accès traités par chiniothérapie uniquement puisque ceux-ci sont de 57,5 jours soit une différence de 9,6 jours en faveur des électro-chocs ; la variation est moins importante dans notre 2ème groupe, la durée moyenne de 52,5 jours présente avec les deux autres groupes une différence presque semblable de 5 jours. Nous n'avons pas étudié le nombre d'électro-chocs pratiqué dans ce groupe cependant nous avons observé qu'ils furent faits dans la majorité des cas dès le début de l'accès, parfois après échec des chiniothérapies isolées. Le nombre d'électro-chocs fut toujours inférieur au nombre relevé dans le premier groupe. La substitution de la chiniothérapie à la sismothérapie prolonge, lorsque celle-ci s'avère indispensable, l'amélioration rapide obtenue, la durée moyenne de l'accès ne s'en trouve guère modifiée ; les électro-chocs redoutés par la malade au fur et à mesure de l'amélioration peuvent ainsi laisser la place à une thérapeutique mieux acceptée ; cependant les électro-chocs sous narcose obvient à cette contre-indication lorsqu'ils demeurent indispensables.

Ce n'est pas sur le plan de la durée des accès qu'il faut situer la prévalence d'une modalité thérapeutique sur l'autre mais sur le plan clinique. Y a-t-il une importance à ce qu'un séjour en milieu spécialisé varie à une dizaine de jours près? Nous ne le pensons pas ; le choix de la thérapeutique ne peut pas être guidée par une notion de temps mais par la forme clinique de la maladie et les circonstances de l'hospitalisation. Les indications particulières de la sismothérapie et de la chiniothérapie demeurent et se posent devant chaque cas, aucune systématisation n'est possible, la prévalence d'une méthode sur l'autre tient compte avant tout du malade.

II - Etude de la durée moyenne des accès maniaques en fonction des diverses modalités thérapeutiques.

L'apparition des neuroleptiques en 1952 transforma l'évolution des accès maniaques, la réduction de l'intensité des crises et de l'agitation psycho-motrice témoignent en clinique journalière de l'efficacité de ces thérapeutiques.

Après la découverte de la sismothérapie son application à la manie ne donna pas les mêmes résultats satisfaisant obtenus dans le traitement de la mélancolie. La nécessité de pratiquer jusqu'à 20 électro-chocs (BENNET) ou d'obtenir par une série de chocs iteratifs un état confusionnel (HEUYER et LEBOVICI) traduisaient la grande résistance de la manie à la sismothérapie. Cette méthode reste cependant utilisée selon des techniques et des raisons diverses et nous avons dans notre groupe de 250 accès maniaques retrouvés 22 accès qui ne furent traités que par électro-choc.

Depuis 1952 date de la mise en évidence des propriétés sédatives intenses de la chlorpromazine de nombreuses substances vinrent peu à peu augmenter les possibilités thérapeutiques des accès maniaques.

Nous citerons, comme pour les accès dépressifs les médicaments que nous avons rencontré dans le dépouillement de nos dossiers.

1°) les phénothiazines.

chlorpromazine (largactil)

acepromazine (plegicil)
levomepromazine (nozinan)

2°) Phénothiazines piperazinées

prochlorperazine (ténentil)
thiopropazine (majepil)

3°) Phénothiazines piperidinées

thioridazine (melleril)

4°) Les butyrophenones

haloperidol
triperidol
benperidol (frenactyl).

Comme dans le cas des dépressions nous n'avons pas fait une étude qualitative sur l'efficacité de ces divers médicaments. Leur utilisation est très variable selon les observations, l'apparition de nouveaux produits provoquent leur prescription, les associations sont fréquentes, innombrables.

Nous avons réuni 250 cas d'accès maniaques survenus entre 20 et 60 ans dans une population uniquement féminine. Nous avons éliminé les manies représentant les formes de début d'autres affections psychiatriques, les manies symptomatiques de facteurs toxiques, hormonaux, traumatiques, ou infectieux. Certains de nos accès sont isolés, d'autres font partie de l'évolution de manie intermittente ou de psychose

maniaco-dépressive, enfin nous n'avons retenu que des formes franches éliminant les hypomanies et les états mixtes.

R E S U L T A T S.

1°) Groupe des malades traités uniquement par sisnothérapie.

Nombre de cas

22

Durée moyenne des accès

57,4 jours.

2°) Groupe des malades traitées par l'association sisnothérapie - chimiothérapie.

Nombre de cas

28

Durée moyenne des accès

56 jours.

3°) Groupe des malades traitées par chimiothérapie.

Nombre de cas

200

Durée moyenne des accès

48,5 jours.

Nous voyons que la durée la plus courte est celle des accès traités par chiniothérapie uniquement, ce qui reste de constatation clinique courante. Les traitements par sismothérapie donnent une durée moyenne de 57,4 jours mais ne tiennent pas compte de la rapidité de la sédation ni de son intensité, ils ne tiennent pas compte également de la qualité de la sédation. Comme les traitements neuroleptiques ces thérapeutiques ont une action suspensive et la sédation totale de l'accès, une fois l'agitation psychomotrice atténuée reste le seul critère valable de l'efficacité d'une thérapeutique.

L'association sismothérapie-chiniothérapie nous donne une moyenne de 56 jours très proche de la précédente. L'utilisation de cette méthode le plus souvent choisie devant l'intensité d'un accès perturbant tout un service est destinée à provoquer une acalmie rapide. Il est cependant frappant de constater la différence des moyennes des deux premiers groupes avec le troisième. Le traitement neuroleptique n'entraîne pas une sédation immédiate de l'agitation, il semble cependant d'après nos chiffres, que l'action thérapeutique soit meilleure, car ils agissent à la fois sur l'agitation dans un degré moindre que la sismothérapie, et sur le noyau psychotique lui-même. La durée moyenne de l'accès en sera plus court, au prix d'une sédation moins rapide de l'acuité des symptômes majeurs.

Alors que pour le mélancolique la sismothérapie reste le plus souvent un moyen de protection pour lui-même, pour le maniaque elle est souvent une protection pour les autres.

Là encore ce n'est pas sur le plan de la durée des accès qu'il faut situer la prévalence d'une méthode sur l'autre, cependant plus que pour les états dépressifs la chiniothérapie s'impose, mais

de nombreux facteurs interviennent dans les prescriptions, l'accès maniaque reste difficile à supporter longtemps, perturbe la vie d'un service hospitalier.

CONCLUSIONS.

De cette étude de 250 cas d'accès maniaques et de 250 accès dépressifs nous retiendrons, compte tenu des réserves précédemment avancées, que les différentes modalités thérapeutiques gardent leur intérêt en fonction des cas cliniques. Les motivations du choix sont certainement nombreuses et l'on ne peut que comparer des durées moyennes d'accès, électro-choc, chimiothérapie, association, ne peuvent être qu'un large éventail de possibilités thérapeutiques, l'amélioration du malade, la qualité de cette amélioration restent le souci principal en dehors de toute prévalence de méthodes.

CHAPITRE V.

QUELQUES ASPECTS DU "VECU" DE LA MALADIE

REFLEXIONS DE MALADES.

QUELQUES ASPECTS DU "VECU" DE LA MALADIE. REFLEXIONS DE MALADES.

Dans ce bref chapitre nous avons voulu retracer les grandes lignes des entretiens que nous avons eus avec des malades maniaco-dépressifs en période de rémission.

Nous avons essayé de leur faire exprimer les impressions qu'ils ressentent à ce moment. Comment ils considèrent rétrospectivement leurs rechutes successives, comment ils vivent leur période de rémission, comment l'accès dépressif ou maniaque est ressenti lors de son éclosion ; nous avons voulu également connaître leurs impressions sur les médications chimiques : les considèrent ils comme nécessaires, les redoutent ils, pensent ils qu'elles sont efficaces puisque, dans la majorité des cas, elles n'empêchent pas les rechutes ?

Nous n'avons pas la possibilité de faire une étude minutieuse, très poussée et de grande valeur du "vécu" de ces périodes de rémission ; nous voudrions simplement exposer quelques réflexions de malades et nos impressions cliniques personnelles ;

La période de rémission est dominée par l'angoisse de la re-

chute, mais signalons tout de suite ce caractère essentiel : les malades attendent le signe prémonitoire " ... ça y est c'est le cinéma qui recommence ..." signale d'un d'entre eux ; un autre nous dit "Docteur je n'ai pas dormi depuis deux nuits je vais être agité, je rechute".

Ces signes prémonitoires, ils les connaissent, ils en ont conscience, les ayant ressentis de nombreuses fois, la réaction diffère cependant s'il s'agit d'état maniaque ou dépressif.

Dans la majorité des cas les accès maniaques sont prévus, ressentis dès le début par les malades, mais très vite le signe prémonitoire n'a plus la signification d'une nouvelle crise proche, l'anxiété de la rechute disparaît, ils vivent alors cette accélération de la pensée et de l'activité comme une reprise de possession de leurs moyens, une guérison, les traitements sont alors arrêtés, s'ils ne l'étaient pas jusque là, la consultation écartée "... j'ai toutes les fois la même impression d'en être sortie ..." Puis l'accès se développe, enfle, explose sans jamais être considéré comme rechute.

La rechute dépressive est insidieuse mais également ressentie par les malades "... je suis lasse, je n'ai plus le courage pour travailler, je ne me sens pas en sécurité lorsque je vais être dépressive ..." le médicament lui-même n'a plus d'intérêt, il perd sa signification protectrice, le traitement n'a pas empêché la rechute, la fatalité dépressive englobe le malade. "... Le traitement est alors inutile ..." Les consultations sont ressenties de la même manière.

Nous avons observé le rôle essentiel de l'entourage des malades pendant leur période de rémission.

Certaines familles surveillent étroitement le traitement de leur proche, leur imposant des consultations fréquentes plus ou moins bien acceptées, car l'hôpital évoque toujours les accès passés, augmente l'angoisse de la rechute, ne calment-ils donc pas alors leur propre anxiété en amenant leur malade ? Les traitements sont alors suivis scrupuleusement, adaptés aux variations thymiques observées, et pourtant la fréquence des rechutes reste très souvent la même que celles observées chez des malades beaucoup plus négligents.

Nous avons cependant observé des cas où depuis l'apparition des chimiothérapie aucune rechute n'est apparue, les variations thymiques restant toujours sensibles aux modifications des thérapeutiques.

Dans d'autres cas l'entourage se lasse progressivement de ces "cachots". L'absence de rechute pendant une période prolongée semble alors permettre une diminution des traitements, un espacement des consultations ; lorsque ces malades sont revus il est alors souvent trop tard, la famille culpabilisée se décharge sur le médecin, demande l'hospitalisation ... "je croyais qu'elle était guérie ... si j'avais su !!" nous disait un mari lors d'une rechute dépressive de sa femme.

Nous avons essayé d'étudier chez quelques unes de nos malades en période de rémission, comment elles considéraient leurs accès antérieurs maniaques ou dépressifs. Nous avons été frappés dans leur description par l'angoisse née de cette évocation, les accès anté-

rieurs sont d'abord évoqués puis peu à peu ce sont les accès futurs qui semblent s'imposer à leur esprit et la description devient très pauvre, une anxiété intense se manifeste et nos entretiens durent être le plus souvent écourtés.

Les accès dépressifs nous ont paru beaucoup moins culpabilisant que les accès maniaques ; les malades subissent vraiment cet accès, ils ont conscience qu'ils sont ... écrasés ... ils ont de la difficulté à décrire ce qu'ils ressentent ... il est plus facile d'analyser une crise maniaque qu'une crise dépressive ... ils gardent le souvenir d'une inhibition intense ... dans une crise dépressive j'ai de la difficulté pour parler ... j'enregistre difficilement ce qu'on me dit et je ne peux former une phrase ... je ne peux répondre que par oui ou par non ... j'ai des angoisses épouvantables.

L'accès dépressif douloureux, écrasant laisse persister en période de rémission une angoisse qui nous semble plus qu'une conséquence d'une perspective de rechute possible mais bien le facteur essentiel de la maladie, l'élément capital de l'équilibre thymique des rémissions.

A l'évocation des accès maniaques nous avons surtout noté une culpabilisation intense, l'angoisse de ces rechutes éventuelles passe au second plan, les malades sourient parfois en nous les décrivant mais ils se déculpabilisent alors souvent en nous disant " ... Que voulez-vous, c'est plus fort que moi ... je ne me rends pas compte", parfois ce sont des lettres qui suivent les accès : " ... Je viens vous dire ce que je n'ai jamais pu faire, ou plutôt osé faire de vive voix. Combien j'étais ennuyé de toutes les insa-

nités et sottises que j'ai pu dire durant ma maladie ... en temps ordinaire j'ai horreur des grossièretés et je ne peux comprendre pourquoi je me complaisais dans ce langage ordurier."

Le besoin de thérapeutique en période d'accès est ressentie par la majorité des malades lorsque ils évoquent leur dernière crise ; les effets secondaires sont ressentis comme pénibles ... les traitements ça fatiguent ... chaque fois que vous me donnez un traitement je sais que je vais être mal ... Mais nous relevons aussi : ... "en période de rémission je sais qu'il ne faut des traitements pendant mes crises ... Ne m'arrêtez pas mes traitements, ils agissent sur mes crises ..."

La diminution de la durée des périodes de rémission est observée par les malades, la plupart nous ont dit ... je rechute plus souvent maintenant avec les traitements ... Cependant ce facteur qui pouvait nous apparaître comme un motif du refus de thérapeutique et qui pouvait être considéré par les malades comme un élément défavorable à leur guérison, à leur stabilisation n'en est pas un ; les thérapeutiques ont modifié la durée des accès et cette sédation plus rapide est essentielle ; ils ont conscience que ces mêmes médicaments ne les empêchent pas de rechuter mais les thérapeutiques sont considérées cependant comme indispensables.

La continuité dans la thérapeutique est également ressentie comme nécessaire pour les prescriptions des périodes de rémission. Les malades ou leur famille nous ont souvent demandé de leur prescrire à la sortie le même médicament que pendant leur accès. Le médica-

ment qui a "guéri" pendant l'hospitalisation est investi d'un pouvoir qu'il semble utile de prolonger au maximum en le prescrivant au départ ... Vous me donnez le médicament qui n'a guéri ...

Les thérapeutiques sont ainsi mieux acceptées, l'angoisse de la rechute moins intense. Cependant nous avons observé souvent que ce facteur ne favorisait pas l'attitude thérapeutique, la consultation risque de devenir une simple formalité de renouvellement d'ordonnance ; l'attitude du médecin est alors essentielle, il importe de ne pas obtempérer aux désirs des malades, de repousser le plus loin possible cette prescription éventuelle et de placer le problème ailleurs. Reparler des accès antérieurs, des hospitalisations, des rechutes, provoque un clivage, une rupture dans le transfert, l'angoisse de la période de rémission se manifeste alors, la médication moyen de défense fragile réapparaît. Cette évolution souvent remarquée au cours de nos consultations nous confirme dans notre hypothèse qu'au delà des manifestations cliniques il existe une continuité de la maladie dont l'angoisse nous permet l'approche.

L'une de nos malades maniaco-dépressive intelligente, habituée à s'analyser a connu toutes les thérapeutiques depuis 1942 : électro-choc, air intra rachidien, cure de Sakel, neuroleptiques multiples, élaboration d'une mise en scène psychanalytique ; cette malade nous faisait les réflexions suivantes : ... les traitements ne m'ont pas empêché de rechuter, je n'ai pas l'impression d'aller vers la guérison, les accès sont les mêmes qu'avant, plus fréquents maintenant ... Je préfère l'époque où je discutais avec le médecin pendant longtemps, il me montrait ce que je pensais, j'étais moins

angoissée, j'étais plus près de ma maladie, je la comprenais mieux ; quand on me donne des médicaments ça m'abruti ... ils agissent malgré tout sur mes crises mais ma maladie c'est autre chose.

Nous avons vu que l'angoisse de la rechute est l'élément fondamental de la période de rémission ... Je ne sais pas si je vais rechuter, j'espère toujours que ça ne recommencera pas j'ai une hantise de tout recommencer ... dit une malade, une autre ... j'ai peur des rechutes, je suis angoissée ... La crise dépressive est la plus redoutée, elle ~~se~~ semble plus douloureuse au malade, également plus longue que la crise maniaque ... Les accès d'agitation me font moins peur... ou encore ... j'aime mieux être excitée ... La crise maniaque dure quelques jours tandis que la crise dépressive peut durer des mois ... J'aime mieux être gaie, mais c'est aussi ennuyeux de déborder que d'être triste.

Parmi les malades que nous avons vus, très peu nous ont parlé de leur variation d'humeur pendant leur période de rémission, tous ont retrouvé ce point commun de l'angoisse des nouvelles crises, toutes considéraient cette "peur" comme l'élément essentiel de leur rémission.

La relation médecin-malade reste très pauvre, superficielle, au début des entretiens et la phrase classique que nous avons souvent entendu "ça va bien" nous a toujours semblé dissimuler beaucoup plus, nous est apparue comme un refus, une défense contre les questions éventuelles que nous pouvions poser. La conduite de la consultation est difficile, les malades parlent de "guérison", ils pensent que

le dernier accès fut le dernier, qu'aucun ne succèdera, cependant le mot rémission réapparaît peu à peu si l'on arrive à dissiper l'angoisse de ces malades, à améliorer la relation que l'on entretient avec eux ; avec une certaine fatalité certaines nous disaient alors qu'elles ne se sentaient pas guéries, d'autres écourtaient l'entretien, se réfugiaient derrière "un je vais bien maintenant" qui n'était qu'un refus de leur maladie, une lutte contre l'angoisse née de ces évocations.

Lorsqu'au cours de nos entretiens avec les malades nous avons évoqué à travers les diverses thérapeutiques qu'elles avaient connu la sismothérapie nous avons constaté leur désir unanime de ne pas "subir" à nouveau des électro-chocs. Nous nous étions adressé plus particulièrement pour cette étude aux malades qui avaient connu l'évolution des thérapeutiques et dont la sismothérapie représentait un "moment" de leur maladie, c'est-à-dire à des malades qui n'avaient peu eu dans leur traitement d'électro-chocs depuis l'utilisation de la chimiothérapie.

Cette évocation fut toujours ressentie comme pénible, angoissante. La conversation ne pouvait jamais se centrer sur ce sujet plus de quelques minutes, nos malades fuyaient ces souvenirs, essayait de chercher un dérivatif, nous parlaient de leurs préoccupations actuelles, de leur famille ou restaient silencieux ; toutes nous expliquaient, à leur insu, leur attitude à la fin des entretiens ; nous avons en effet dans la totalité des cas noté la même question sous des formes diverses à la fin de nos entretiens : "Vous ne voulez pas me refaire des électro-chocs ?"

Cette perspective possible, l'angoisse qui en naissait a faussé dès leur début une partie de nos discussions avec les malades, certaines ont refusé de nous parler se réfugiant dans un mutisme complet. Nos affirmations successives leur disant que nous ne reprendrions pas ces traitements dans leur cas n'étaient pas suffisantes pour apaiser leur angoisse. La question finale : "Vous ne voulez pas me refaire des électro-chocs ? " était cependant posée, un climat de méfiance vis-à-vis du médecin, l'anxiété intense de ces malades nous firent interrompre ces entrevues.

Dans d'autres cas nos malades nous ont exposé "ce qu'elles ressentaient". Nous voudrions reprendre ici textuellement ce que deux d'entre elles nous ont dit :

"J'étais au service fermé, j'ai eu des électro-chocs ... ça fait très mal ... ça vous surprend, on dirait qu'on va vous tuer .. En se réveillant vous ne reconnaissez plus les infirmières ... ça revient lentement après mais j'ai l'impression que je ne suis plus la même personne en me réveillant ... Je ne sais plus où je suis après ... je ne voudrais pas qu'on m'en refasse ... J'aime pas bien en parler, ça me donne des mauvaises impressions..." La conversation dévie alors sur une question de nourriture, il ne fut plus possible de la reprendre.

Une autre malade nous disait "Les électro-chocs je crains ... c'était une méthode valable à l'époque, cette impression de mourir, de s'en aller est pénible ... Avant l'électro-choc je pense à la mort ... Lorsqu'on voit les préparatifs ... cette boîte, ça donne une impression pénible, c'est impressionnant ... (long silence) ...

c'est impressionnant on met le courant ... on ne réalise pas bien .. on se sent partir ... Après on n'a plus conscience de rien ... on ne sait plus où l'on est ... on ne se rappelle pas bien, seulement les préparatifs, ça fait un trou noir ... On me disait rien, on me mettait ça sur la tête ... En me réveillant j'étais dans le vague .. ce n'est peut-être pas le plus pénible le réveil mais on ne sait plus ... on est dans l'imprécis, on ne réalise pas bien ; je ne me rappelais plus de l'heure, du jour ... peu à peu ça revient insensiblement ... c'est un mauvais souvenir ... ça calmait mes agitations, ça m'assomait, on me faisait une série de quatre à cinq .. j'étais assommée ...

... les médicaments sont plus agréables ... si j'avais à choisir je prendrais les médicaments ... ils sont aussi efficaces .. on garde conscience pendant sa maladie ... petit à petit je vois que je vais mieux ... je m'en rendais pas compte avec les électrochocs ... C'était très pénible c'est comme si on allait mourir ..."

Au terme de cette étude nous pensons que l'angoisse fondamentale de l'homme maniaco-dépressif n'est pas seulement la base des accès maniaques ou mélancoliques, elle se retrouve identique dans les périodes de rémission, peut on en effet la dissocier de celle que les études psychanalytiques nous ont permis de discerner à la base de tous les accès. La phase de rémission n'est qu'une acalmie symptomatique, le problème fondamental nous semble dissimuler par une symptomatologie dont nous ne pouvons encore franchir les limites.

CONCLUSIONS GENERALES.

I. Nous avons recherché derrière les différentes conceptions physiopathogéniques et psychopathologiques de la psychose maniaco-dépressive une unité qui permettrait de regrouper les deux entités de manie et de mélancolie.

La conception psychanalytique nous permet de déceler, au delà de cette symptomatologie si différente, l'angoisse fondamentale, pierre angulaire d'un équilibre fragile de l'organisation du moi de ces malades. Les théories physiopathogéniques ne peuvent cependant être écartées : conséquence de la maladie ou *primum movens* déclenchant la psychose sur un organisme prédisposé et fragile, nous ne saurions trancher.

II. L'étude clinique nous a montré sur 15 cas suivis avant et après l'ère de la chimiothérapie une diminution de la durée des accès maniaques et dépressifs. 250 cas d'accès maniaque et 250 cas d'accès dépressif nous situent la variation de la durée de ces accès en fonction de la sismothérapie et de la chimiothérapie.

III. L'utilisation de la sismothérapie a indiscutablement raccourcit la durée des accès, par contre, l'utilisation des neuroleptiques seuls, ou l'adjonction des neuroleptiques à la sismothérapie n'in-

fluence que de façon minime la durée des crises.

Ce n'est pas là qu'il faut situer l'essentiel pour juger de l'action des thérapeutiques, mais sur le vécu de l'amélioration et de la rémission ; la chimiothérapie est alors un immense progrès. C'est ce que nous ont appris nos entretiens avec 20 malades en période de rémission, leurs lettres, leurs familles.

IV. En fait il n'y a que des médications symptomatiques des crises au cours de la psychose maniaco-dépressive et il n'y a pas de traitement étiologique. Les périodes de rémission, pendant lesquelles persiste l'angoisse fondamentale, font partie de la maladie, et le problème du traitement vrai de cette psychose reste entier.

Le Président de Thèse :

Monsieur le Professeur DECHAUME.

Vu, le Doyen :

Professeur J.F. CIER.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 16 Mars 1965.

Le Recteur, Président

du Conseil d'Université, P. LOUIS.

B I B L I O G R A P H I E.

- 1 ABELY X et P. Psychiatrie et endocrinologie. Ann. méd. psychol. 1943, 138-159.
- 2 ABELY P. Introduction à l'étude de l'endocrinologie psychiatrie. Sedes édit. Paris 1949.
- 3 ABELY P. LAUZIER B. La destinée des notions de périodicité, d'atypisme et d'incurabilité en pratique psychiatrique. Ann. méd. psycha. 98 : 1126-38, 30 octobre 1962.
- 4 ABELY X. Excitation maniaque et troubles endocriniens. Ann. méd. psychol. 1953. 1ère partie p. 537.
- 5 ABELY X. LECOMTE. Essai d'interprétation des réactions maniaques survenues après une émotion triste. Ann. méd. psychol. févr. 1938, I, p. 232-240.
- 6 ABRAHAM G. Le problème des psychoses mixtes. Ann. méd. psychol. tome II, n° 4, nov. 1964.
- 7 ACHARENTRE A. BALVET P. Influence de la chimiothérapie sur l'évolution de la psychiatrie. Inf. psychiat. décembre 1963, n° 10.
- 8 AJURIAGUERRA J. de. GARRONE G. TISSOT R. Inhibiteurs de la M.A.O. en psychiatrie, journées internationales de thérapeutiques. Genève 1961.
- 9 AJURIAGUERRA J. de et collaborateurs. Monoamines et système nerveux central. Masson édit. 1962.
- 10 AJURIAGUERRA J. de. HECAEN SADOUN R. Les troubles mentaux au cours des tumeurs de la région meso diencephalique. encephale 1954, 5 406, 478.

- 11 ALLIEZ J. et SAVY A. Manies symptomatiques et thérapeutiques récentes. Ann. méd. psychol. 1954 I. p. 112,13-25.
- 12 ANTHEAUME. Les psychoses périodiques. Rapport au congrès des aliénistes. Genève Lausanne 1907, p. 126.
- 13 AZINA F. CRAMER J. FAURE H. Le système réticulée activateur central, son rôle en psychopathologie. Evol. psych. fasc. I, janvier-mars 1955, p. 121-143.
- 14 ALEXANDER. Influence des thérapeutiques biologiques en psychiatrie sur les opérations défensives du moi. Evol. psych. fasc. III. Juillet-sept. 1955.
- 15 BARGUES R. DUCHENNE H. Psychose périodique maniaco-dépressive E.M.C. 1955. 38-220 A 10.
- 16 BARUK. Traité de psychiatrie. Paris Masson éd. 1959, 2 vol.
- 17 BELLAK L. Psychose maniaco-dépressive et états alliés. Evol. psychiat. XX, 3, 1955 p. 589.
- 18 BENOIT G. L'état mixte de la psychose maniaque dépressive. Ann. méd. psychol. 2,4 : 637-678- 1960.
- 19 BENOIT G. Traitement de la psychose maniaco-dépressive. Suppl. rev. Praticien 13-15, 1963.
- 20 BERGE G. Approche phénoménologique du problème du temps. Bull. soc. Franc. Phil. 1950,44 p. 89.
- 21 BERTHERAT Y. Contribution à l'étude des nouvelles chimiothérapies de la mélancolie. Thèse Lyon 1959.
- 22 BINSWANGER. Mélanchole und. Manie (analyse de R. EBTINGER). Evol. psychiat. 1963.XXVIII 2, 1963, p. 327-344.
- 23 BINSWANGER. Ideonflucht. Traduction résumée par H. EY Exempleaire dactylographie. Janvier 1952.
- 24 BIZE N. Contribution à l'étude de la psychose maniaco-dépressive : dix ans de traitement à l'hôpital d'Auxerre (service des femmes). Thèse Paris 1963.

- 25 BLANC Cl. Neurologie et psychiatrie. Essai critique sur les méthodes et les théories de la neurobiologie contemporaine. Evol. psychiat. XXII, 4, 1957, p. 625.
- 26 Mme BONNAFOUS-SERIEUX et H. EY Manies de veuvage. Ann. méd. psychol. Février 1938. I. p. 225-232.
- 27 BOREL J. Evolutions nouvelles des psychoses traitées par les neuroleptiques. Ann. méd. psychol. I, n° 1 janv. 1965 p.2
- 28 BOURRAT L. BOURRAT C. Les dépressions mélancoliques et la psychose maniaco-dépressive. Rev. Praticien 13,25 : 3011-3019, 1963.
- 29 BURGAT R. Psychométrie du temps vécu au cours des thérapeutiques psychotoniques et antidépressives. Thèse Lyon 1961.
- 30 CARRIER J. Traitement de la mélancolie encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie T I, 37210 A 20.
- 31 CARRY J. Contribution à l'étude des syndromes maniaques et mélancoliques tardifs. Inp. berthod. Bourg. Thèse Lyon 1963.
- 32 CERTHOUX A. Contribution à l'étude du pronostic des états mélancoliques traités par convulsivothérapie électrique. A propos de 450 observations : comparaison entre malades traitées et non traitées. Thèse médecine Paris 1956.
- 33 CHATAGNON P.A. Action de l'électro-choc sur l'évolution clinique de 50 cas de psychoses variées. Ann. méd. psychol. 1945. 2ème partie p. 418-421.
- 34 CLAUDE H. BARUK H. LAMACHE A. CUEL J. Excitation maniaque et tumeur cérébrale encéphale 1928, 1, 9-19.
- 35 CONSTANTINIDES C. La mélancolie et la manie comme phénomène de régression. Evol. psychiat. XXI, 2, 1956, p. 461.
- 36 DAUMEZON G. et DENIS. Notes sur le pronostic des états mélancoliques ann. méd. psychol. séance du 21 février 1954.
- 37 DAVID M. HECAEN H. TALAIRACH J. Les troubles psychiques du type expansif au cours des interventions sur la région du 3ème ventricule. Rev. neurol. 1946, 78, 11-12, 541-560.

- 38 DEDICHEN A. Comparaison entre 1430 psychoses traitées par le choc et 969 psychoses non traitées par le choc dans les hôpitaux norvégiens. 1946, 1 vol.
- 39 DELAY J. Les dérèglements de l'humeur. Presses universitaires de France. Edit. Paris. 1 vol. 1946.
- 40 DELAY J. MAILLARD J. Traitement des états maniaques par l'électro-choc. Ann. méd. psychol. 1943, 2ème partie, 535.
- 41 DELAY J. Conscience et diencephale. Presse méd. n° 6 : 681-683. 1947.
- 42 DELAY J. DENIKER P. Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie. Les nouveaux médicaments psychotropes. Masson Edit. 1961.
- 43 DELMAS. MARSALLET. Précis de biopsychologie. Paris Maloine. Edit. 1961.
- 44 DENIKER P. Formes cliniques et diagnostic des psychoses thymiques. encéphale 1957, 46. XIX-XXV.
- 45 DENY ET CAMUS. Les folies intermittentes, la psychose maniaco-dépressive. Edit. Ballière. Paris 1907.
- 46 DIATKINE R. PAUMELLE Ph. Médications et psychothérapie individuelle. Journée d'entretien psychiatrique du 23 Mai 1964. Hôpital psychiatrique du Vinatier. Lyon (à paraître).
- 47 DIGO R. Mélancolie, étude clinique. Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie tome I. 37210 A 10.
- 48 DOMERGUE. Considérations sur les états mixtes de la psychose maniaco-dépressive. Thèse Paris 1938.
- 49 DUCHENE H. AZOULAY J. Psychose périodique maniaco-dépressive. Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie. Tome I. 37220 A 10.
- 50 EBTINGER R. Aspects psychopathologiques du post électro-choc. Evol. psychia. XXV, 1, 1960.

- 51 ELLENBERGER. Les illusions de la classification psychiatrique. Evol. psychiat. XXVIII, 2, 1963, p. 221-242.
- 52 ENGELMEIER M.P. L'évènement vécu ("Erlebnis") du traitement et de l'amélioration des malades dépressifs. Rapport aux entretiens Franco-Allemand de thérapie psychiatrique. Lyon hôpital du Vinatier 21-22 nov. 1959. Rev. Lyon de méd. n° spécial sept. 1960.
- 53 EY H. Etudes psychiatriques. Tome III. Desclée de Brouwer. Edit. Paris 1953. Manie (n° 21). Mélancolie (n° 22). Les psychoses périodiques maniaco-dépressives (n° 25).
- 54EY H. Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique. Symposium sur les états dépressifs. 21 nov. 1954. Evol. psychiat. III, juillet sept. 1955 p. 532-553.
- 55 EY H. BURGUET J. Action des électro-chocs dans la psychose maniaco-dépressive et dans la mélancolie d'involution. Ann. méd. psychol. 1952, 1ère partie p. 214.
- 56 FAZIO C. GIBERTI F. ROSSI R. DE CAROLIS Y. Imipramine et électro-chocs dans le traitement des dépressions. Ann. méd. psycho. tome II 1964 n° 5.
- 57 FENICHEL C. La théorie psychanalytique des névroses. Traduction presses univ. France Paris 1953. Tome II. p. 467-499. 682-683.
- 58 FRAYSSE P. Psychologie du temps. Presses univ. France Paris 1957.
- 59 FREUD S. Douil et mélancolie (1917). Collected Papers IV, p. 152-170.
- 60 FREUD S. Psychopathologie de la vie quotidienne. Payot 1933.
- 61 FREUD S. TOTEM ET TABOU. Trad. franc. Payot édit. Paris 1922
- 62 FREUD S. TOTEM ET TABOU Trad. Franc. Payot. édit. Paris 1932.
- 63 FUSSWERK J. La psychose maniaco-dépressive et le test de Rorschach. ann. méd. psychol. 1953. III (2), p. 162.
- 64 GASTAUT H. Correlations entre le système nerveux végétatif et le système de la vie de relation dans le rhinencéphale. 1952 p. Physiol 55 p. 431.

- 65 GUIRAUD P. Psychiatrie clinique. Le Français édit. 1956.
- 66 GUYOTAT. Mélancolie et électro-choc^{*} Thèse Lyon 1950.
- 67 GUYAU J.M. La genèse de l'idée de temps. 2ème édition Paris Alcan 1902.
- 68 GUYOTAT J. et PERRIN J. Chiniothérapie de la mélancolie (situation actuelle par rapport à la sismothérapie). Rapport introductif à la journée d'étude de thérapeutique psychiatrique. Hôpital du Vinatier Lyon. 23 Mai 1959. Journal de médecine de Lyon n° spécial 1959.
- 69 GUYOTAT J. MARIN A. Incidences de la chiniothérapie sur la durée d'hospitalisation des malades mentaux. Revue lyonnaise de médecine 10,3, 147-156. 5 février 1961.
- 70 HAYDU Manie dépressive. Rythm. its pharmacological modification and the nature of the self structure. Ann. N Y acad. sci 1126-38 30 oct. 1962.
- 71 HESNARD A. L'univers morbide de la faute. Presses univ. Franco édit. Paris 1949.
- 72 HESNARD A. Apport de la phénoménologie à la psychiatrie contemporaine. Paris Masson édit. 1959. Rapport au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. 57-me session Tours 8-13 Juin 1959.
- 73 JANET P. De l'angoisse à l'extase. Alcan édit. Paris 1926-28. 2 vol.
- 74 JASPERS K. Psychopathologie générale. Trad. fr. 1933 Alcan Ed.
- 75 JEANSON. La phénoménologie. Collection Edit. Paris 1951.
- 76 KAHN. La cyclothymie. Thèse Paris 1909.
- 77 KALINOWSKY. L'électro-chocthérapie après 10 ans de pharmacothérapie. The am. jour of. psych. vol. 120, n° 10 Avril. 1964 p.944
- 78 KAMMERER Th. EBTINGER R. BAUER J.P. Approche phénoménologique et psychodynamique des psychoses délirantes aiguës traitées par neuroleptiques majeurs. Journée d'entretien psychiatrique du 23 Mai 1964. Hôpital psychiatrique du Vinatier. Lyon (à paraître . Rev. Lyonn. de méd.)

- 79 KRIEHLHOLZ Clinique, diagnostic différentiel et traitement des états dépressifs. Edit. Suisse Bale 1959. Acat psychosomatica Geigy.
- 80 KLEIN M. Le deuil et ses relations avec les états maniaco-dépressifs. Int. j. Psychanal. av. 1940 21, 125 : 153.
- 81 KRAEPLIN Clinique psychiatrique 1895.
- 82 LAGACHE D. le deuil maniaque. Sem. hop. Paris 15 janvier 1938. Tome 14 p. 42-52.
- 83 LAGACHE D. Le travail du deuil. Ethnologie et psychanalyse. Rev. franç. psychanal. 1938, 10,4,693-708.
- 84 LAMBERT. Les états dépressifs. Supplément des monographies médicales et scientifiques. n° 87-88 juin, oct. 1960. Edit. Wallon (Vichy).
- 85 LANTERI-LAURA. Philosophie phénoménologique et psychiatrie. Evol. Psys. XXII, 4. 1957 p. 653.
- 86 LEBOVICI S. Contribution psychanalytique à la compréhension et au traitement de la mélancolie. Evol. psychiat. fascicule III. juillet-septembre 1955. p. 502-529.
- 87 LE MAPPIAN Aspects cliniques des états dépressifs. Encéphale 1949, 38 p. 220-244.
- 88 LEULIER H. (Mme). Manie. Encyclopédie méd. chirurgicale. Psychiatrie. Tome I. 37200 A 10.
- 89 LITVAR. Contribution à l'étude des facteurs acquis dans l'étiologie de la psychose maniaco-dépressive. Encéphale 1949, 38, 388, 417.
- 90 LINGI FA. combines Drug therapy compared with electroschok in psychotyc depression. The am. jour. of psychiatr. vol 120 n° 8 févr. 64 p. 808-810.
- 91 LUNDQUIST. Le pronostic et l'évolution de la psychose maniaco-dépressive. acta-psychiat. neurol. 1945 suppl. 35, 1-96.
- 92 MALDINEY H. Le développement des concepts fondamentaux de la psychologie à travers la Dasein analyse de Binswanger. Archives Suisses de neurologie. Neurochirurgie et de psychiatrie. Fasc. I vol. 92 Zurich 1963. Edit. Orell Fussli.

- 93 MALLET J. La dépression névrotique. *Evol. psychiat. Fas. III* juillet-sept. 1955 p. 483-501
- 94 MANDEL P. et coll. A propos de l'excrétion des monoamines au cours de certains troubles thymiques. Réunion psychiat. de l'est. 25 avril 1964. *Ann. méd. psychol. T. II n° 5 déc.* 1964.
- 95 MARINIER R. Contribution statistique sur l'utilisation de la sismothérapie dans la psychose maniaco-dépressive et l'ère des neuroleptiques et des thymoleptiques. Thèse Lyon 1961. dactyl.
- 96 MASSELON. La mélancolie. Alcan édit. Paris 1906.
- 97 MINKOWSKI. Le temps vécu. Collection de l'évolution psychiatrique. Edit. Paris 1933. 1 vol.
- 98 MINKOWSKI E. Phénoménologie et analyse existentielle en psychopathologie. *Evol. psychiat. fascicule IV* 1945 p. 137-185.
- 99 MINKOWSKI E. La notion du temps en psychopathologie. *Evol. psychiat. III. 2ème série. 1, 1929* p. 65
- 100 MINKOWSKI E. Exaltation et excitation. Détresse et dépression. *Evol. psychiat. XVIII, 1, 1953* p. 7.
- 101 MINKOWSKI E. Phénoménologie et analyse existentielle. *Evol. psychiat. 1948-4.*
- 102 MORIN Physiologie du système nerveux central. Masson édit. 1962.
- 103 NACHT S. RACAMIER P.C. Les états dépressifs ; étude psychanalytique. *Rev. franc. psychanal. sept-oct. 1959, 23 n° 5* 567-605.
- 104 NAYRAL P. LORRAIN A. ARNOTT G. Modifications apportées par le traitement à la sémiologie des psychoses maniaco-dépressives. *Lille méd. 7,3 ; 209-211, 1964.*
- 105 OLDS J. Self-stimulation of the brain. *Science* 1958, 127, 315, 324 et 1175-1176.
- 106 OLIVIER. Considérations pratiques et empiriques sur le rythme et le nombre des séances dans le traitement des états maniaques par l'électro-choc. *Ann. méd. psychol. 1948 2ème partie* p. 618.

- 107 PAUMELLE Ph. La conscience de l'état morbide chez les malades mentaux. *Evol.Psychiat.* XXII, 1, 1957, p.25.
- 108 PELLETIER A.(Melle). Les rechutes des malades mentaux à la sortie du service ouvert. Thèse Lyon 1949.
- 109 PICHOT P. La nosologie des états dépressifs. *Acta. Psychosomatica* n°2. Edit.Suisse. Bale 1959. Geigy.
- 110 PY Cl. Introduction méthodologique à l'étude statistique des rehospitalisations au cours des 60 dernières années à l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier. Thèse, Lyon, 1962.
- 111 RACAMIER P.C. Psychothérapie psychanalytique des psychoses. In *psychanalyse d'aujourd'hui* par NACHT et Coll. Tome III. Presses Univ. Franc.Paris, 1956.
- 112 RACAMIER P.C. et BLANCHARD. De l'angoisse à la manie. *Evol.Psychiat.* XXII, 3, 1957, p.555-594.
- 113 ROUARD J. Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie de H.EY et J.de AJURIAGUERRA et H.HECAEN.Hermann Edit. Paris 1947.
Analyse in *Evol.Psychiat.fasc.II*, 1945, p.125-130.
- 114 SARTRE J.P. Esquisse d'une théorie des émotions. Hermann Edit. Paris, 1938.
- 115 SCHLITZ R., GREEN A. Le deuil maniaque à propos d'un cas. *Evol.Psychanal.* XXII, 1, 1958, p.105.
- 116 SJOGREN T. Etudes statistiques, génétiques et psychiatriques d'une population de la Suède occidentale. *Acta psych.neurol.Scand.* 1948, suppl.52, 1-102.
- 117 SOMMER A. Analogies et différences des états maniaques et dépressifs. *Evol.Psychiat.* XIV, 2, 1949, p.241.
- 118 TABAN Ch. Mélancolie et fonction cortico-surrénale. Thèse G.Doin .Edit. Paris, 1957.
- 119 TELLENBACH H. Mélancolie, analyse de R.EBTINGER. *Evol.Psychiat.* 1963, XXVIII, 2, 1963, p.345-464.
- 120 TISSOT R. Connaissances expérimentales sur les monoamines et quelques syndromes psychiatriques. Symposium de Bel-Air (Genève) Sept.1961. Georg (Genève) et Masson (Paris) Edit. 1962.
- 121 TUSQUES J. Structures biologiques et comportement (éléments fondamentaux d'une conception biologique de la psychiatrie). *Evol.Psychiat.* XV, 1, 1950, p. 137.

- 122 WARROT P. FOSSATI P. Psychoses et glandes endocrines. Rapport au congrès de psychiatrie et de neurologie. Masson Edit. 1961.
- 123 ZINAT. Les formes mineures de la mélancolie intermittente. Thèse Lyon 1937.

TABLE DES MATIERES

	Pages.
INTRODUCTION - HISTORIQUE	1
PREMIERE PARTIE.	
CHAPITRE I. Les hypothèses biologiques de la physiopathogénèse de la psychose maniaco-dépressive.	7
CHAPITRE II. La théorie organo-dynamiste de H.EY	14
CHAPITRE III. Les études phénoménologiques de la manie et de la mélancolie "La fuite des idées" (BINSWANGER) "Le temps vécu" (MINKOWSKI)	20 22 26
CHAPITRE IV. Conceptions psychanalytiques de la manie et de la mélancolie	30
DEUXIEME PARTIE. - ETUDE CLINIQUE.	
CHAPITRE I. Présentation de notre matériel cli- nique et de notre étude	36
CHAPITRE II. Les observations	45
CHAPITRE III. Etude des résultats	106
CHAPITRE IV. Considérations tirées de la durée moyenne de 250 accès dépressifs et de 250 accès maniaques	113
CHAPITRE V. Quelques aspects du "vécu" de la maladie. Réflexions de malades.	128
CONCLUSIONS GENERALES	139
BIBLIOGRAPHIE	142

